

Colloque du vendredi 24 mars 2023

Pour un usager acteur dans le domaine sanitaire et social

Un colloque organisé par la section sociale
et la section du rapport et des études du Conseil d'État



Sommaire

PROGRAMME	3
PRÉSENTATION DU COLLOQUE.....	4
SÉANCE D'OUVERTURE.....	5
GRAND TÉMOIN	5
TABLE RONDE 1 : L'USAGER ACTEUR ET LA MALADIE	6
Élèments de problématique	6
Intervenants.....	6
TABLE RONDE 2 : L'USAGER ACTEUR ET LA SITUATION DE HANDICAP	8
Élèments de problématique	8
Intervenants.....	8
TABLE RONDE 3 : L'USAGER ACTEUR ET LE GRAND ÂGE	10
Élèments de problématique	10
Intervenants.....	10
TABLE RONDE 4 : L'USAGER ACTEUR ET LA SITUATION DE PRÉCARITÉ.....	12
Élèments de problématique	12
Intervenants.....	12
DOCUMENTATION JURIDIQUE	14
I. Normes applicables	14
1.1 <i>Code de la santé publique</i>	14
1.2 <i>Code de l'action sociale et des familles</i>	21
1.3 <i>Code de l'éducation</i>	28
II. Eléments de jurisprudence	31
1.1 <i>Jurisprudence du Conseil constitutionnel</i>	31
1.2 <i>Jurisprudence du Conseil d'État</i>	32
1.3 <i>Jurisprudence de la Cour de cassation</i>	38
III. Articles et notes	39
IV. Rapports et études.....	40
5.1 <i>Rapports et études d'institutions publiques</i>	40
5.2 <i>Autres rapports</i>	40
V. Courte bibliographie	41

PROGRAMME

9h00 – Séance d’ouverture

Didier-Roland Tabuteau, vice-président du Conseil d’État

9h30 - Grand témoin

Dominique Libault, président du Haut Conseil au financement de la protection sociale et directeur de l’EN3S, ancien directeur de la sécurité sociale

10h00 - 11h15 – Table ronde n° 1 – L’usager acteur et la maladie

Modérateur

Lionel Colletconseiller d’État, ancien professeur des universités-praticien hospitalier

Intervenants

Marie Citriniancienne représentante des usagers au conseil de surveillance de l’assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), co-présidente du Collectif inter-hôpitaux

Marie-Sophie Desaulleprésidente de Fédération des établissements hospitaliers et d’aide à la personne privés solidaires (FEHAP)

Gérard Raymondprésident de France Assos Santé

11h15 - 12h30 – Table ronde n° 2 – L’usager acteur et la situation de handicap

Modératrice

Anne-Marie Armanterasprésidente du think-tank *Health & Tech*, ancienne conseillère santé, handicap, personnes âgées au cabinet du Président de la République

Intervenants

Jérémy Boroyprésident du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

Robert Laforeprofesseur de droit public à Bordeaux

Virginie Magnantdirectrice générale de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA)

Pascale Ribes présidente d’APF France handicap

14h00 - 15h15 – Table ronde n° 3 – L’usager acteur et le grand âge

Modérateur

Denis Piveteauprésident-adjoint de la section sociale du Conseil d’État

Intervenants

Pascal Champvertprésident de l’Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)

Marie-Françoise Fuchsprésidente d’honneur de OLD’UP

Jean-Philippe Viquantinspecteur général des affaires sociales, président du Haut Conseil de la famille, de l’enfance et de l’âge

15h15 – 16h30 – Table ronde n° 4 – L’usager acteur et la situation de précarité

Modérateur

Louis Galloisancien haut fonctionnaire et dirigeant d’entreprise, ancien président de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)

Intervenants

Jean-Benoît Dujoldirecteur général de la cohésion sociale (DGCS)

Marie-Aleth Grardprésidente d’ATD Quart Monde

Marine Jeantetdirectrice générale de l’Agence de la biomédecine, ancienne déléguée interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté au ministère des solidarités et de la santé

16h30 - 17h00 - Séance de clôture

Christophe Devys, président de la section sociale du Conseil d’État

PRÉSENTATION DU COLLOQUE

Les Entretiens du Conseil d'État en droit social

Ce colloque s'insère dans le cadre des **Entretiens du Conseil d'État en droit social**.

Ce cycle d'entretiens a été conçu pour favoriser les échanges entre les juridictions administratives, les acteurs du secteur social, les praticiens et les universitaires. En prenant appui sur les travaux menés au sein du Conseil d'État et en particulier ceux de la section sociale, il a l'ambition de permettre une meilleure évaluation des acquis et des perspectives de la législation et de la réglementation dans les domaines du travail, de la sécurité sociale, de la santé, des solidarités et de la famille.

Le colloque : *Pour un usager acteur dans le domaine sanitaire et social*

Douzième *Entretien en droit social*, et après s'être attaché en 2021 à la thématique du *vieillessement, un défi social*, ce colloque creuse le sillon des travaux consacrés par le Conseil d'État à la prise en charge de la précarité. Il en élargit les contours et en inverse la perspective : par-delà la mise en œuvre des politiques publiques œuvrant en faveur des plus vulnérables, c'est par le prisme de l'usager que seront abordées les situations de vie générant fragilité, voire précarité.

L'objectif de ce colloque est de se pencher sur les conditions dans lesquelles la figure traditionnelle de « l'usager » des services sanitaires et sociaux, financés par la solidarité nationale, est marquée par de profondes évolutions. En réponse à une revendication à la fois ancienne et croissante, l'usager, avec ses attentes et ses besoins, est aujourd'hui devenu non seulement « acteur » de son accompagnement individuel, mais également acteur, par les médiations adéquates, du fonctionnement et de la structuration globale du système sanitaire et social.

Même si cette problématique suppose, par principe, de ne pas dissocier les différentes vulnérabilités auxquelles peuvent se heurter une même personne, toute une série de considérations historiques et pratiques conduisent à évoquer quatre « situations » de fragilité différentes : la maladie, le handicap, le grand âge et la précarité. À chacune de ces situations de vie sera consacrée une table ronde.

Tout au long du colloque, un « grand témoin » synthétisera l'apport de chaque table ronde à la problématique générale de la parole de l'usager.

SÉANCE D'OUVERTURE

Didier-Roland Tabuteau Vice-président du Conseil d'État



Diplômé de l'École Polytechnique, ancien élève de l'École nationale d'administration (ENA), promotion « Louise Michel », Didier-Roland Tabuteau est également docteur en droit et titulaire de l'habilitation à diriger des recherches. À l'issue de sa scolarité à l'ENA, il rejoint le Conseil d'État, où il exerce les fonctions de rapporteur à la section du contentieux (1984-1988) et à la section sociale (1987-1988). Il occupe ensuite trois ans les fonctions de conseiller technique puis de directeur adjoint du cabinet du ministre de la solidarité, de la santé et de la protection civile (1988-1991), avant de revenir au Conseil d'État au poste de commissaire du Gouvernement, désormais dénommé rapporteur public (1991-1992). À partir de 1992, il est successivement directeur du cabinet du ministre de la santé et de l'action sociale (1992-1993), directeur général de l'Agence du médicament (1993-1997), directeur adjoint du cabinet du ministre de l'emploi et de la solidarité (1997-2000) et directeur de cabinet du ministre de la santé (2001-2002). Lors de ses deux retours au Conseil d'État en 2000 et 2002, il est nommé assesseur à la section du contentieux. Il prend ensuite la tête de la fondation « Caisses d'épargne pour la solidarité », qu'il dirige pendant plus de sept années (2003-2011). En 2011, Didier-Roland Tabuteau revient au Conseil d'État à la section du contentieux et à la section sociale, dont il est président-adjoint (2017-2018) puis président (2018-2022). Il est nommé vice-président du Conseil d'État le 5 janvier 2022. Parallèlement à ses fonctions au Conseil d'État et dans l'administration, Didier-Roland Tabuteau a poursuivi des activités universitaires. Il a notamment créé et dirigé la chaire « santé » à l'Institut d'études politiques de Paris (2006-2018), et a été co-directeur de l'Institut Droit et Santé de l'université Paris Cité (unité INSERM UMRS 1145 depuis 2014), de 2006 à juin 2018. Il est actuellement professeur affilié à l'Institut d'études politiques de Paris, professeur associé à l'université Paris Cité et rédacteur en chef de la revue *Les Tribunes de la santé*. Il a publié ou coordonné une quarantaine d'ouvrages, parmi lesquels *Droit de la santé* (avec A. Laude et B. Mathieu, PUF, 4^e éd. 2020), *Traité de santé publique* (avec G. Brückner et F. Bourdillon, Lavoisier, 3^e éd. 2016), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (avec P.-L. Bras et G. de Pouvourville, Presses de Sciences Po, Éd. de santé, 2009), trois « Que-sais-je ? » (PUF) - *La santé publique*, avec A. Morelle (3^e éd. 2017), *Les assurances maladie* avec P.-L. Bras (2^e éd. 2021) et *Les droits des malades* avec A. Laude (2^e éd. 2018), ainsi que *Démocratie sanitaire*, *Les nouveaux défis de la politique de santé* (Odile Jacob, 2013).

GRAND TÉMOIN

Dominique Libault



Président du Haut Conseil au financement de la protection sociale et directeur de l'EN3S, ancien directeur de la sécurité sociale

Directeur de l'École nationale supérieure de sécurité sociale (EN3S) depuis 2012, et président du Haut Conseil du financement de la protection sociale depuis 2018, Dominique Libault est ancien élève de l'École nationale d'administration (ENA), diplômé de l'Institut d'études politiques de Paris et titulaire d'une licence en droit, il a occupé, à partir de 1993, la fonction de conseiller technique au cabinet de Simone Veil, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Dominique Libault a exercé l'essentiel de sa carrière au sein de la direction de la sécurité sociale. Il a notamment été sous-directeur de l'accès aux soins avant d'être nommé, en décembre 1995, sous-directeur du financement et de la gestion de la sécurité sociale. En 2000, il devient adjoint du directeur. Il exerce les fonctions de directeur de la sécurité sociale de 2002 à 2012. De 2018 à 2019, il pilote la concertation Grand âge et Autonomie et, depuis 2021, pilote une mission sur la coordination des services de proximité auprès des personnes âgées et handicapées.

TABLE RONDE 1 : L'USAGER ACTEUR ET LA MALADIE

Élèments de problématique

Cette première table ronde permettra de s'interroger sur la démocratie sanitaire à l'épreuve du terrain ainsi que sur la prise en compte de la parole de la personne malade dans le cadre de l'organisation de ses propres soins.

Intervenants

Modérateur

Lionel Collet



Conseiller d'État, ancien professeur des universités-praticien hospitalier

Docteur en médecine et en biologie humaine, Lionel Collet a été professeur des universités-praticien hospitalier à l'université Claude Bernard Lyon 1 et aux Hospices civils de Lyon de 1992 à 2013. Il a notamment été chef du service d'audiologie et d'explorations oro-faciales aux Hospices civils de Lyon (2000-2012), a dirigé le laboratoire Neurosciences et systèmes sensoriels CNRS UMR 5020 (1991-2006) et le groupement de recherche CNRS GDR 2213 Prothèses auditives (2000-2004). Il a ensuite présidé l'université Claude Bernard Lyon 1 (2006-2011), la Conférence des présidents d'université (2008-2010), le conseil d'administration de Santé publique France (2016-2017), copiloté la grande conférence de la santé (2015-2016) et coordonné le Conseil stratégique des industries de santé (2015-2017). Il a dirigé le cabinet de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, Geneviève Fioraso (2012-2013) et occupé les fonctions de conseiller spécial de la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, (2017-2018). Lionel Collet est conseiller d'État depuis le 1^{er} octobre 2013.

Intervenants

Marie Citrini



Ancienne représentante des usagers au conseil de surveillance de l'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), co-présidente du Collectif inter-hôpitaux

Licenciée en lettres modernes de l'université Paris Sorbonne, Marie Citrini a occupé de 2003 à 2014 le poste de secrétaire générale du Collectif national des associations d'obèses (CNAO), puis a été vice-présidente de Créteil respire à coeur (CRAC), et enfin est membre du Conseil d'administration de Poids Plumes France. En 2014, Marie Citrini devient représentante des usagers à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) puis, parallèlement, est nommée au conseil de surveillance de l'AP-HP. Elle quitte ses mandats le 1^{er} décembre 2022. Depuis 2016, Marie Citrini est patiente-partenaire au Pôle de ressources en éducation thérapeutique du patient (ETP) d'Île-de-France et enseignante de la perspective patient au département universitaire de médecine générale (DUMG) de l'université de Bobigny. Engagée dans la défense du système de santé publique, elle devient en 2019 co-présidente du Collectif inter-hôpitaux et a participé à la rédaction de l'ouvrage *Déclarons notre amour à l'hôpital public – 2020, défense et illustration d'un service public* (co-éd. hémisphères/maisonneuve&larose, 2020).

Marie-Sophie Desaulle**Présidente de Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP)**

Diplômée de l'Institut d'études politiques de Bordeaux et ancienne élève de l'École nationale de la santé publique de Rennes (ENSP, actuelle EHESP), Marie-Sophie Desaulle a débuté son engagement associatif au sein de l'Association des paralysés de France (APF) comme administratrice, avant d'en devenir présidente. Dans le même temps, elle a mené une carrière hospitalière où, après avoir été directrice d'hôpital, puis directrice générale de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) du Poitou-Charentes (2007-2009), elle a été nommée directrice générale de l'agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire (2009-2014). Elle préside, depuis 2011, l'association Vivre et devenir Villepinte Saint-Michel (anciennement, association de Villepinte) gérant vingt-et-un établissements et services dans les champs du handicap, du sanitaire, des personnes âgées et de la protection de l'enfance. C'est à ce titre qu'elle intègre le conseil d'administration de la FEHAP, dont elle a été élue présidente en mars 2019.

Gérard Raymond**Président de France Assos Santé**

Patient diabétique de type 1, dirigeant associatif bénévole, Gérard Raymond a travaillé en 1985 avec une équipe de professionnels de l'hôpital de Toulouse sur le développement de l'activité physique et sportive chez les personnes atteintes de diabète, puis il a créé une association de patients en Midi-Pyrénées et s'est rapidement retrouvé au bureau national de la Fédération française des diabétiques. Gérard Raymond a beaucoup œuvré pour faire de l'association un véritable acteur de santé et traduire concrètement la conviction que des patients peuvent, s'ils sont formés, accompagner d'autres patients : c'est la naissance du concept de Patient Expert AFD et de l'accompagnement « Élan solidaire ». Président de la Fédération française des diabétiques, de 2015 à 2019, il en est devenu ensuite le second lien, le porte-parole extérieur. Il a été élu président de France Assos Santé le 19 juin 2019 et reste administrateur au sein de la fédération à ce jour.

TABLE RONDE 2 : L'USAGER ACTEUR ET LA SITUATION DE HANDICAP

Élèments de problématique

Cette table ronde s'attachera à l'usager confronté aux situations de handicap. Dans quelle mesure les personnes concernées, leurs associations et leurs représentants, sont-elles actrices des évolutions de ce secteur, de la conception à la mise en œuvre des politiques publiques dédiées au handicap ? Quelles sont leur marges d'action, à tous les niveaux et au plus près des attentes et des besoins, pour accompagner la situation de handicap ?

Intervenants

Modérateur

**Anne-Marie
Armanteras**



Présidente du think-tank *Health & Tech*, ancienne conseillère santé, handicap, personnes âgées au cabinet du Président de la République

Ancienne élève de l'École nationale de la santé publique (ENSP, aujourd'hui EHESP), titulaire d'une maîtrise de droit public et de lettres, d'un Capes d'économie et diplômée de l'Institut des hautes études de la défense nationale, Anne-Marie Armanteras a occupé diverses fonctions au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP). Elle a été en charge de plans directeurs hospitaliers, puis directrice d'établissements de l'AP-HP (hôpital Robert-Debré (1990-1995), groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard (1995-2003), GH Pitié-Salpêtrière (2003-2007), puis groupement hospitalo-universitaire (GHU) Nord de l'AP-HP), avant d'être nommée directrice exécutive du groupement hospitalo-universitaire Nord de l'AP-HP. En 2010, elle est nommée directrice générale de la Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild. De janvier 2011 à février 2013, elle occupe le poste de déléguée régionale Île-de-France de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP Île-de-France), avant d'être nommée directrice de l'offre de soins et médicosociale à l'ARS Île-de-France puis directrice générale de l'offre de soins au ministère de la santé. Présidente de la commission sociale et médico-sociale de la Haute Autorité de santé (HAS), chargée de construire le nouveau référentiel d'évaluation pour les ESMS, elle est conseillère santé, handicap, personnes âgées au cabinet du Président de la République de 2020 à 2022. En 2022, elle rejoint l'agence de conseil *Care Insight*, dont elle dirige le *think-tank*, tout en présidant en parallèle le conseil d'administration de l'Agence nationale pour la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP).

Intervenants

Jérémy Boroy



Président du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

Diplômé de l'Institut d'études politiques (IEP) de Paris, Jérémy Boroy, sourd de naissance, a présidé l'Union nationale pour l'insertion sociale des déficients auditifs (UNISDA), a été assistant parlementaire durant neuf ans, puis conseiller des ministres du handicap Marie-Arlette Carlotti et Ségolène Neuville. Il a aussi été membre du Conseil national du numérique (CNNum) de 2018 à 2020. Ses différents engagements l'ont conduit au développement de l'accessibilité télévisée, téléphonique, électorale et événementielle. Depuis le mois de janvier 2020, Jérémy Boroy est président du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH). Il est également membre du Conseil économique, social et environnemental (CESE) pour la mandature 2021-2026 au titre des représentants de la cohésion sociale et territoriale et vie associative. Il est par ailleurs conseiller au cabinet de la maire de Paris pour les questions relatives à l'accessibilité et aux handicaps, à la petite enfance et aux séniors.

Robert Lafore**Professeur de droit public à Bordeaux**

Robert Lafore est professeur agrégé de droit public à l'Institut d'études politiques (IEP) de Bordeaux, chercheur au Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale (Comprasec, Université de Bordeaux) et responsable du master Économie sociale solidaire et innovation sociale. Ses champs de recherches portent sur la construction institutionnelle des politiques sociales, la théorie des politiques de protection sociale et le droit de l'action sociale. Directeur honoraire de l'IEP de Bordeaux, il en est membre du conseil d'administration. Il est également membre du conseil d'administration de l'association Rénovation (Gironde), ainsi que du conseil de surveillance de l'ARS Aquitaine. Il est, depuis 2008, président du Conseil de prospective de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS). Robert Lafore est l'auteur de nombreux articles et ouvrages sur le droit et les institutions de la protection sociale, dont récemment (avec M. Borgetto) : *Droit de l'aide et de l'action sociales*, éd. LGDJ (11^e éd., 2021) et *Droit de la Sécurité sociale*, éd. Dalloz (19^e éd., 2019).

Virginie Magnant**Directrice générale de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**

Diplômée de Sciences Po Paris et ancienne élève de l'École nationale d'administration (ENA, promotion « Valmy »), Virginie Magnant a débuté sa carrière en 1998 en tant qu'inspectrice adjointe de l'administration au ministère de l'intérieur. De 2002 à 2006, elle est détachée en qualité de directrice des affaires financières et techniques, puis comme secrétaire générale adjointe de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). Elle rejoint ensuite la direction du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, avant d'intégrer, en juin 2007, le cabinet de Martin Hirsch, alors Haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté. En 2009, Virginie Magnant devient sous-directrice à la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), où elle est promue inspectrice générale de l'administration en septembre 2010, puis nommée adjointe au directeur général de la cohésion sociale (2011-2015). Elle devient ensuite conseillère « région solidaire » au cabinet de la présidente du conseil régional d'Île-de-France, Valérie Pécresse. De 2017 à 2019, Virginie Magnant a été directrice du cabinet de Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées. Elle est, depuis le 1^{er} mai 2019, directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Pascale Ribes**Présidente d'APF France handicap**

Pascale Ribes est juriste spécialisée en droit des affaires. Depuis 2005, elle enseigne dans les universités de droit et médecine à Montpellier, Lyon et Paris en Master 2 « Droit et Santé » et dans le cadre du diplôme universitaire « Environnement juridique et social de la personne handicapée ». Elle entre chez APF France handicap en 2002. Investie au sein du Conseil d'administration, elle est élue présidente de l'association en 2020. Présidente du Conseil français des personnes handicapées pour les questions européennes et internationales de 2010 à 2014, elle est également membre du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH). En 2019, elle est nommée conseillère pour la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) par le Premier ministre au titre des principales organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine des droits de l'homme, du droit international. Depuis 2021, elle est membre du Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC) au titre d'APF France handicap.

TABLE RONDE 3 : L'USAGER ACTEUR ET LE GRAND ÂGE

Élément de problématique

Cette table ronde s'attachera à la parole et au « pouvoir d'agir » des personnes âgées, aux différents niveaux des politiques sanitaires et sociales qui leur sont consacrées.

Intervenants

Modérateur

Denis Piveteau



Président adjoint de la section sociale du Conseil d'État

Membre du Conseil d'État depuis 1992 où il a exercé plusieurs fonctions au sein de la section du contentieux et de la section sociale, Denis Piveteau a également occupé plusieurs postes de direction dans les administrations sociales, notamment comme directeur délégué de la Caisse nationale d'assurance maladie (1998-2000), directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2005-2008) et secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales (2013). Denis Piveteau a été professeur associé à l'université Paris-Nanterre entre 2014 et 2017.

Intervenants

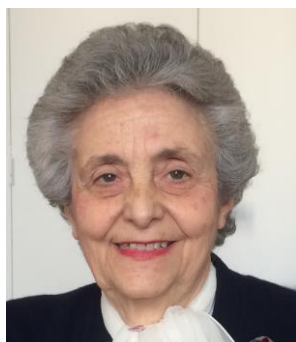
Pascal Champvert



Président de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)

Diplômé de l'École nationale de santé publique (ENSP aujourd'hui EHESP), Pascal Champvert est directeur d'établissements et services à domicile pour personnes âgées dans le Val de Marne. Il est par ailleurs, depuis 1989, président de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA), vice-président de l'association européenne *European Aging Network* (EAN) et membre du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. Pascal Champvert est l'auteur du livre *Prendre soin de nos aînés, c'est déjà prendre soin de nous* aux Éditions Carnets Nord (2012).

Marie-Françoise Fuchs



Présidente d'honneur de OLD'UP

Marie-Françoise Fuchs est médecin et psychothérapeute. Elle a présidé l'École des parents et des éducateurs d'Île-de-France (1988-1994), où elle fonde l'École des grands-parents européens, qui s'adresse à la génération des grands-parents qui s'interrogent sur leur place, leur rôle dans la société et dans la famille, qu'elle préside de 1994 à 2004. En 2008, elle crée OLD'UP, une association pour donner sens et utilité à la vieillesse, et dont elle est aujourd'hui présidente d'honneur et coprésidente du conseil scientifique. Elle est également auteure de *L'art d'être grands-parents* (avec G. Laplagne, éd. Minerva, 1999), et *Questions de grands-parents – Comment trouver sa place dans la famille et la société d'aujourd'hui* (éd. La Martinière, 2001). Elle a également participé à la publication de l'ouvrage *Rencontres tardives... Elles enchantent nos vieillesse !* (éd. In Press, 2020).

Jean-Philippe Vinquant**Inspecteur général des affaires sociales, président du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge**

Diplômée de Sciences Po et ancien élève de l'École nationale d'administration (ENA, promotion « Marc Bloch »), Jean-Philippe Vinquant intègre l'inspection générale des affaires sociales (IGAS). Il est successivement sous-directeur du financement du système de soins à la direction de la sécurité sociale (2005-2010), secrétaire général du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2010-2012), puis conseiller au cabinet du Premier ministre, en charge de la protection sociale, de la lutte contre la pauvreté et des comptes sociaux (2012-2015). En 2015, il est nommé directeur général de la cohésion sociale, fonctions qu'il occupe jusqu'en 2019 avant de réintégrer l'IGAS. En février 2023, il est nommé vice-président en charge du Conseil de l'âge du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), dont il assure cette année la présidence. Il préside par ailleurs depuis 2021 la Commission démographie et questions sociales du Conseil national de l'information statistique et est chargé d'enseignement à l'université Paris 1 - Panthéon-Sorbonne.

TABLE RONDE 4 : L'USAGER ACTEUR ET LA SITUATION DE PRÉCARITÉ

Élément de problématique

Cette table ronde sera consacrée à la situation des personnes en situation de précarité, qui se heurtent encore trop souvent à l'anonymat et au silence, et aux leviers qui peuvent être mis en œuvre pour leur redonner toute leur place dans leur accompagnement sanitaire et social.

Intervenants

Modérateur

Louis Gallois



Ancien haut fonctionnaire et dirigeant d'entreprise, ancien président de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)

Ancien élève à l'École nationale d'administration (ENA, promotion « Charles de Gaulle »), Louis Gallois a occupé plusieurs fonctions au sein des ministères de l'économie et des finances, de l'industrie, et de la défense, parmi lesquelles celles de directeur de cabinet de J.-P. Chevènement (ministre de la recherche et de la technologie puis ministre de la recherche et de l'industrie), de directeur général de l'industrie et de directeur du cabinet civil et militaire de J.-P. Chevènement (ministre de la défense). Il a ensuite dirigé plusieurs entreprises : SNECMA, Aérospatiale, SNCF, EADS, avant d'être nommé Commissaire général à l'investissement (2012-2014) puis président du Conseil de surveillance de PSA (2014-2021). De 2012 à 2020, il préside la Fédération des acteurs de la solidarité et, depuis 2016, le Fonds d'expérimentation contre le chômage de longue durée (zéro chômeur).

Intervenants

Jean-Benoît Dujol



Directeur général de la cohésion sociale (DGCS)

La formation initiale et le parcours professionnel de Jean-Benoît Dujol lui ont permis d'avoir une approche diversifiée et opérationnelle de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques publiques. Diplômé de l'École nationale d'administration (ENA) en 2004, il démarre sa carrière comme chef du bureau des prestations familiales et des aides au logement, à la direction de la sécurité sociale (DSS). Après avoir été directeur de cabinet adjoint de Martin Hirsch, alors Haut-Commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté et Haut-Commissaire à la jeunesse, il devient en 2010, directeur de l'Agence du service civique. A partir de 2012, il revient à la direction de la sécurité sociale (DSS), comme sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail. Il rejoint ensuite le ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse afin d'y occuper les fonctions de directeur de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative (DJEPVA), et de délégué interministériel à la jeunesse pendant plus de 7 ans. Affecté au sein du ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion (MTEI) en 2021, il est alors chargé, en tant que directeur de projet, de conduire les travaux de conception et de mise en œuvre du Contrat d'engagement jeune (CEJ). En juin 2022, il est nommé directeur de cabinet du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées. Jean-Benoît Dujol est, depuis le 20 juillet 2022, directeur général de la cohésion sociale (DGCS).

Marie-Aleth Grard**Présidente d'ATD Quart Monde**

Photographe de profession, Marie-Aleth Grard est diplômée de l'École Louis Lumière à Paris. En 1983, elle intègre le Commissariat à l'énergie atomique comme photographe scientifique et technique. Alliée bénévole du mouvement ATD Quart Monde depuis 1982, elle a notamment été déléguée locale de l'association dans l'Essonne (1983-1999), responsable nationale de Tapori, la branche enfance de l'association (1999-2007), avant de rejoindre la délégation nationale du mouvement ATD Quart Monde (2014-2018). Vice-présidente d'ATD Quart Monde France depuis 2008, elle en devient présidente en juillet 2020. Elle a également été nommée, en 2008, membre du Conseil économique social et environnemental (CESE) dans le groupe des personnalités qualifiées, au nom d'ATD Quart Monde. Son mandat, renouvelé en 2015, a pris fin en 2021. Elle a siégé dans deux sections, la section des affaires sociales et de la santé, et la section de l'éducation, de la culture et de la communication. En 2015, elle a été rapporteure de l'avis « Une école de la réussite pour tous » et, en 2017, co-rapporteure de l'avis « Le revenu minimum social garanti ». Marie-Aleth Grard est auteure du livre *L'égale dignité des invisibles : Quand les sans voix parlent de l'école*, aux éd. du Bord de l'eau et éd. Quart Monde Nov 2022.

Marine Jeantet**Directrice générale de l'Agence de la biomédecine, ancienne déléguée interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté au ministère des solidarités et de la santé**

Médecin spécialiste en santé publique (faculté de médecine Necker-Paris/Lille) et inspectrice générale des affaires sociales (IGAS), Marine Jeantet a commencé sa carrière comme conseillère technique à l'agence française des produits de santé (2002-2007), avant d'intégrer la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. En 2007, elle rejoint la direction de la sécurité sociale comme adjointe au sous-directeur du financement du système de soins (2007-2010), puis comme conseillère médicale du directeur (2010-2011). Elle devient par la suite inspectrice 1^{re} classe à l'IGAS où elle officie de 2011 à 2014. Marine Jeantet a été directrice des risques professionnels à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) de 2015 à 2019 ; puis Haut-Commissaire à la lutte contre la pauvreté auprès du Préfet de la région Île-de-France (2019-2020) ; et déléguée interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté au ministère des solidarités et de la santé (2020-2023). Marine Jeantet a été nommée directrice générale de l'Agence de la biomédecine le 29 janvier 2023.

DOCUMENTATION JURIDIQUE

I. Normes applicables

1.1 Code de la santé publique

Première partie : Protection générale de la santé

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé

Chapitre préliminaire : Droits de la personne

Article L. 1110-4 :

I.- Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II.- Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.- Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

(...)

IV.- La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. (...)

Article L. 1110-7 :

L'évaluation prévue à l'article L. 6113-2 et la certification prévue à l'article L. 6113-3 prennent en compte les mesures prises par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades et les résultats obtenus à cet égard. Les établissements de santé rendent compte de ces actions et de leurs résultats dans le cadre des transmissions d'informations aux agences régionales de santé.

Article L. 1110-8 :

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

Chapitre Ier : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté

Article L. 1111-2 :

I. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations,

traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

(...)

Article L. 1111-4 :

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

(...)

Article L. 1111-6-1 :

Une personne durablement empêchée, du fait de limitations fonctionnelles des membres supérieurs en lien avec un handicap physique, d'accomplir elle-même des gestes liés à des soins prescrits par un médecin, peut désigner, pour favoriser son autonomie, un aidant naturel ou de son choix pour les réaliser.

La personne handicapée et les personnes désignées reçoivent préalablement, de la part d'un professionnel de santé, une éducation et un apprentissage adaptés leur permettant d'acquérir les connaissances et la capacité nécessaires à la pratique de chacun des gestes pour la personne handicapée concernée. Lorsqu'il s'agit de gestes liés à des soins infirmiers, cette éducation et cet apprentissage sont dispensés par un médecin ou un infirmier.

Les conditions d'application du présent article sont définies, le cas échéant, par décret.

Article L. 1111-7 :

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, par des établissements de santé par des centres de santé, par des maisons de naissance, par le service de santé des armées ou par l'Institution nationale des invalides qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

(...)

Article L. 1111-11 :

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. La personne chargée de la mesure de protection ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Article L. 1111-12 :

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.

Chapitre II : Personnes accueillies dans les établissements de santé

Article L. 1112-3 :

Les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients hospitalisés sont définies par voie réglementaire.

Dans chaque établissement de santé, une commission des usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. Elle peut être présidée par un représentant des usagers.

Lorsqu'elle est saisie par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1, la commission peut confier l'instruction de la demande à la commission prévue à l'article L. 3222-5.

La commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données.

Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Un décret en Conseil d'Etat prévoit notamment les modalités de consultation des données et de protection de l'anonymat des patients et des professionnels.

Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Le conseil de surveillance des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des usagers. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à l'agence régionale de santé, qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents.

La composition et les modalités de fonctionnement de la commission des usagers sont fixées par décret.

Article R. 1112-79

La commission des usagers mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 1112-3 est instituée dans chaque établissement de santé public ou privé ainsi que dans les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

Article R1112-80

I.-La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

À cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. Dans les conditions prévues aux articles R. 1112-93 et R. 1112-94, la commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

II.-La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. À cet effet :

1° Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

a) Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement conformément au 3° de l'article L. 6144-1 ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;

b) Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;

c) Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 1112-1 ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;

d) Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'article L. 1112-2, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;

e) Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

f) Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves mentionnés à l'article L. 1413-14 survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier.

g) Une information sur chaque événement indésirable grave associé à des soins, lors de la réunion qui suit la transmission au directeur général de l'agence régionale de santé de la deuxième partie du formulaire mentionné à l'article R. 1413-69. Cette information, adressée par le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, comprend une description synthétique des circonstances de l'événement indésirable grave survenu, des conséquences pour la ou les personnes concernées, des mesures immédiates prises pour ces personnes, ainsi que le plan d'actions correctives mis en œuvre par l'établissement.

h) Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

Les informations mentionnées au f et au g sont délivrées dans des conditions qui garantissent l'anonymat du ou des patients et des professionnels concernés. Elles ne comportent notamment ni les noms et prénoms des patients, ni leur adresse, ni leur date de naissance, ni les noms et prénoms des professionnels ayant participé à leur prise en charge.

2° A partir notamment de ces informations, la commission :

a) Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;

b) Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration ou l'organe collégial qui en tient lieu en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;

c) Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers ;

3° La commission rend compte de ses analyses et propositions dans le rapport mentionné à l'article L. 1112-3.

Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au conseil d'administration ou à l'organe collégial qui en tient lieu, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est également transmis, avec les éléments d'information énumérés au 1°, à l'agence régionale de santé et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

4° La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1112-3. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement.

Le projet des usagers est proposé par la commission des usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement des établissements publics de santé, de la politique médicale des établissements de santé privés ou du projet institutionnel des établissements de santé privés d'intérêt collectif.

Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et événements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat du patient et du professionnel concerné.

Article R1112-81

I. - La commission est composée comme suit :

1° Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;

2° Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 ;

3° Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83.

Le règlement intérieur de l'établissement peut compléter la composition de la commission dans les conditions prévues aux II à VI ci-dessous.

II. - Dans les établissements publics de santé, autres que l'Assistance publique-hopitaux de Paris, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

1° Le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;

2° Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant, désignés par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques parmi les membres mentionnés au b de l'article R. 714-62-2 ;

3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;

4° Un représentant du conseil de surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

III. - Le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris institue une commission des usagers, dans les hôpitaux constituant les groupements d'hôpitaux et dans les hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupement d'hôpitaux. Il en organise la coordination au sein des mêmes groupements. Le règlement intérieur de l'établissement en organise le fonctionnement par référence aux dispositions de la sous-section 3, ainsi que les modalités par lesquelles les représentants des instances représentatives locales mentionnées aux articles R. 6147-6 et suivants y participent.

IV. - Dans les établissements de santé privés, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

1° Le président de la commission médicale ou de la conférence médicale ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ou de cette conférence ;

2° Un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;

3° Un représentant du conseil de surveillance ou de l'organe collégial qui en tient lieu et son suppléant, choisis par et parmi les membres qui n'y représentent pas les professionnels ou les usagers.

V. - (Abrogé).

VI. - Dans les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

1° Un médecin et son suppléant, choisis par et parmi les médecins membres des commissions médicales d'établissement, commissions médicales et conférences médicales des établissements de santé membres du groupement ;

2° Un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;

3° Un représentant de l'assemblée générale du groupement et son suppléant, choisis en son sein par les membres de l'assemblée.

Chapitre IV : Participation des usagers au fonctionnement du système de santé

Article L. 1114-1 :

I. - Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est prononcé sur avis conforme d'une commission nationale qui comprend des représentants de l'État, dont un membre de la juridiction administrative et un membre de la Cour de cassation en activité ou honoraire, un député et un sénateur et leurs suppléants ainsi que des personnalités qualifiées en raison de leur compétence ou de leur expérience dans le domaine associatif. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance. Les conditions d'agrément et du retrait de l'agrément ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission nationale sont déterminés par décret en Conseil d'État.

Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.

II. - Les représentants des usagers dans les instances mentionnées au I suivent une formation de base délivrée par les associations de représentants d'usagers agréées au titre du même I.

Cette formation est conforme à un cahier des charges. Le cahier des charges ainsi que la liste des associations délivrant la formation sont arrêtés par le ministre chargé de la santé.

Cette formation donne droit à une indemnité versée au représentant d'usagers par l'association assurant la formation. Un décret détermine les modalités selon lesquelles une subvention publique est allouée à cet effet à l'association. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe le montant de cette indemnité.

Article L1114-2 :

Lorsque l'action publique a été mise en mouvement par le ministère public ou la partie lésée, et sous réserve de l'accord de la victime, les associations agréées au niveau national dans les conditions prévues à l'article L. 1114-1 peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions prévues par les articles 221-6, 222-19 et 222-20 du code pénal ainsi que les infractions prévues par des dispositions du présent code, portant un préjudice à l'intérêt collectif des usagers du système de santé.

Article L1114-3 :

Les salariés, membres d'une association visée à l'article L. 1114-1, bénéficient du congé de représentation prévu par L. 3142-51 du code du travail lorsqu'ils sont appelés à siéger :

1° Soit au conseil de surveillance, ou à l'instance habilitée à cet effet, d'un établissement de santé public ou privé, ou aux commissions et instances statutaires dudit établissement ;

2° Soit dans les instances consultatives régionales ou nationales et les établissements publics nationaux prévus par le présent code.

L'indemnité mentionnée à l'article L. 3142-52 du code du travail est versée par l'établissement de santé public ou privé concerné dans le cas visé au 1° du présent article ; dans les cas visés au 2°, elle est versée par les établissements concernés, ou par l'État lorsqu'il s'agit d'instances instituées auprès de l'État.

Article L1114-4 :

La commission régionale de conciliation et d'indemnisation mentionnée à l'article L. 1142-5, réunie en formation de conciliation, peut être saisie par toute personne de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé.

Article L1114-6 :

Il peut être créé une Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, composée des associations d'usagers du système de santé agréées au plan national qui apportent à l'union leur adhésion.

Cette union est constituée sous le régime de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association. Ses statuts et son règlement sont soumis à l'agrément du ministre chargé de la santé.

Cette union est réputée disposer de l'agrément délivré au niveau national en application du I de l'article L. 1114-1.

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé est habilitée à :

1° Donner ses avis aux pouvoirs publics sur les questions relatives au fonctionnement du système de santé et leur proposer les mesures qui paraissent conformes aux intérêts matériels et moraux de ses membres ;

2° Animer un réseau des associations agréées d'usagers aux niveaux national et régional ;

3° Agir en justice pour la défense de ses propres intérêts moraux et matériels comme de ceux des usagers du système de santé ;

4° Représenter les usagers auprès des pouvoirs publics, notamment en vue de la désignation des délégués dans les conseils, assemblées et organismes institués par les pouvoirs publics ;

5° Dispenser des formations aux représentants des usagers du système de santé, notamment la formation de base mentionnée au II de l'article L. 1114-1.

Chaque association d'usagers du système de santé, dans la limite de ses statuts, conserve le droit de représenter auprès des pouvoirs publics les intérêts dont elle a la charge.

Article L1114-7 :

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé est administrée par un conseil dont les membres sont élus selon les conditions définies dans ses statuts.

Ne peuvent être membres du conseil d'administration les personnes frappées par une mesure d'interdiction des droits civiques, civils et de famille.

Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de mise en œuvre des missions et le fonctionnement de l'union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, notamment son organisation sous forme de délégations territoriales qui peuvent être composées de représentants régionaux des associations agréées au plan national et de représentants des associations agréées au plan régional.

Livre IV : Administration générale de la santé

Titre III : Agences régionales de santé

Chapitre IV : Territorialisation de la politique de santé

Article R. 1434-29

Le directeur général de l'agence régionale de santé délimite, au sein de la région, les territoires de démocratie sanitaire afin de permettre, dans chaque territoire :

1° La mise en cohérence des projets de l'agence régionale de santé, des professionnels et des collectivités territoriales ;

2° La prise en compte de l'expression des acteurs du système de santé et notamment celle des usagers.

II.- Le directeur général de l'agence régionale de santé recueille au préalable l'avis du préfet de région, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et des collectivités territoriales concernées qui disposent de deux mois, à compter de la publication sous forme électronique de l'avis de consultation, pour transmettre leur avis à l'agence régionale de santé.

Passé ce délai, l'avis est réputé rendu.

III.- Les directeurs généraux des agences régionales de santé peuvent délimiter conjointement un territoire de démocratie sanitaire commun du ressort de leurs agences selon la même procédure.

Quatrième partie : Professions de santé

Livre Ier : Professions médicales

Titre II : Organisation des professions médicales

Chapitre VII : Déontologie

Article R4127-34

Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

Article R4127-35

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Article R4127-36

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique sont définies à l'article R. 4127-42.

Sixième partie : Etablissements et services de santéLivre Ier : Etablissements de santéTitre Ier : Organisation des activités des établissements de santéChapitre II : Service public hospitalierArticle L. 6112-2

(...)

II.- Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :

1° Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé. Pour les établissements de santé privés, cette participation est réalisée par l'intermédiaire de représentants avec voix consultative dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1. En l'absence de conseil d'administration, de conseil de surveillance ou d'organe en tenant lieu, le chef d'établissement est tenu de consulter les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des usagers, prévue à l'article L. 1112-3, sur la stratégie et la gestion de l'établissement, dans des conditions fixées par voie réglementaire ;

(...)

1.2 Code de l'action sociale et des famillesLivre Ier : Dispositions généralesTitre Ier : Principes générauxChapitre II : Politique familialeArticle L. 112-3

La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits.

Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection. Une permanence téléphonique est assurée au sein des services compétents.

Les modalités de mise en œuvre de ces décisions doivent être adaptées à chaque situation et objectivées par des visites impératives au sein des lieux de vie de l'enfant, en sa présence, et s'appuyer sur les ressources de la famille et l'environnement de l'enfant. Elles impliquent la prise en compte des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives et la mise en œuvre d'actions de soutien adaptées en assurant, le cas échéant, une prise en charge partielle ou totale de l'enfant. Dans tous les cas, l'enfant est associé aux décisions qui le concernent selon son degré de maturité.

(...)

Chapitre III : Personnes âgéesArticle L. 113-1-2

Les personnes âgées et leurs familles bénéficient d'un droit à une information sur les formes d'accompagnement et de prise en charge adaptées aux besoins et aux souhaits de la personne âgée en perte d'autonomie, qui est mis en œuvre notamment par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, par les départements et par les centres locaux d'information et de coordination, dans le cadre des compétences définies aux articles L. 223-5 du code de la Sécurité sociale et L. 113-2 du présent code.

Chapitre IV : Personnes handicapéesArticle L. 114-1 :

Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté.

L'État est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions.

Article L. 114-1-1

La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie.

Cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de

groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté, ou encore en matière d'accès aux procédures et aux institutions spécifiques au handicap ou aux moyens et prestations accompagnant la mise en œuvre de la protection juridique régie par le titre XI du livre Ier du code civil. Ces réponses adaptées prennent en compte l'accueil et l'accompagnement nécessaires aux personnes handicapées qui ne peuvent exprimer seules leurs besoins.

Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan personnalisé de compensation du handicap élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal, s'il s'agit d'un mineur, ou par la personne chargée de la mesure de protection juridique, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, lorsqu'elle ne peut exprimer son avis.

Le plan personnalisé de compensation du handicap comprend, d'une part, l'orientation définie selon les dispositions du troisième alinéa et, le cas échéant, d'autre part, un plan d'accompagnement global.

Un plan d'accompagnement global est élaboré sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire avec l'accord préalable de la personne concernée, de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne qui n'est pas apte à exprimer sa volonté, de la personne chargée de la mesure de protection juridique en tenant compte de l'avis de la personne protégée :

1° En cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues ;

2° En cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne.

Un plan d'accompagnement global est également proposé par l'équipe pluridisciplinaire quand la personne concernée ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la personne chargée de cette mesure en fait la demande.

(...)

Article L. 114-2-1

Le Gouvernement organise tous les trois ans, à compter du 1er janvier 2006, une conférence nationale du handicap à laquelle il convie notamment les associations représentatives des personnes handicapées, les représentants des organismes gestionnaires des établissements ou services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées, les représentants des départements et des organismes de sécurité sociale, les organisations syndicales et patronales représentatives et les organismes qualifiés, afin de débattre des orientations et des moyens de la politique concernant les personnes handicapées.

(...)

Article L. 114-4

Afin de faciliter les déplacements des handicapés, des dispositions sont prises par voie réglementaire pour adapter les services de transport collectif ou pour aménager progressivement les normes de construction des véhicules de transport collectif, ainsi que les conditions d'accès à ces véhicules ou encore pour faciliter la création et le fonctionnement de services de transport spécialisés ou de transports spécifiques ou spécialement adaptés pour les handicapés ou, à défaut, l'utilisation des véhicules individuels ainsi que leur stationnement.

Les aménagements des espaces publics en milieu urbain doivent être tels que ces espaces soient accessibles aux personnes handicapées.

Chapitre V : Lutte contre la pauvreté et les exclusions

Article L. 115-1

La lutte contre la pauvreté et les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. Elle tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

L'État, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que les institutions sociales et médico-sociales poursuivent une politique destinée à connaître, à prévenir et à supprimer toutes les situations pouvant engendrer la pauvreté et les exclusions.

Ils prennent les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en œuvre dans les délais les plus rapides.

(...)

Article L. 115-2-1

La définition, le suivi et l'évaluation du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement des personnes sans domicile sont réalisés selon des modalités qui assurent une participation des personnes prises en charge par le dispositif ou l'ayant été.

Les instances de concertation permettant d'assurer cette participation ainsi que leurs modalités d'organisation sont précisées par décret.

Titre IV : InstitutionsChapitre VI : Institutions relatives aux personnes handicapéesArticle L. 146-1 A

Dans toutes les instances nationales ou territoriales qui émettent un avis ou adoptent des décisions concernant la politique en faveur des personnes handicapées, les représentants des personnes handicapées sont nommés sur proposition de leurs associations représentatives en veillant à la présence simultanée d'associations participant à la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 et d'associations n'y participant pas.

Article L. 146-1

Le Conseil national consultatif des personnes handicapées assure la participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques les concernant.

Il peut être consulté par les ministres compétents sur tout projet, programme ou étude intéressant les personnes handicapées.

Il peut se saisir de toute question relative à la politique concernant les personnes handicapées.

Le Conseil national consultatif des personnes handicapées est chargé, dans des conditions fixées par décret, d'évaluer la situation matérielle, financière et morale des personnes handicapées en France et des personnes handicapées de nationalité française établies hors de France prises en charge au titre de la solidarité nationale, et de présenter toutes les propositions jugées nécessaires au Parlement et au Gouvernement, visant à assurer, par une programmation pluriannuelle continue, la prise en charge de ces personnes.

Le conseil comprend notamment un député et un sénateur, des représentants des départements, des associations ou organismes regroupant des personnes handicapées, développant des actions de recherche dans le domaine du handicap ou finançant leur protection sociale, ainsi que des organisations syndicales et patronales représentatives.

La composition, les modalités de désignation des membres du conseil et ses modalités de fonctionnement sont fixées par décret.

Article L. 146-4

La maison départementale des personnes handicapées est un groupement d'intérêt public constitué pour une durée indéterminée, dont le département assure la tutelle administrative et financière.

(...)

La maison départementale des personnes handicapées est administrée par une commission exécutive présidée par le président du conseil départemental.

Outre son président, la commission exécutive comprend :

(...)

2° Des membres représentant les associations de personnes handicapées, désignés par le conseil départemental consultatif des personnes handicapées, pour le quart des postes à pourvoir ;

(...)

Article L. 146-9 :

Une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prend, sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8, des souhaits exprimés par la personne concernée dans son projet de vie, ou par son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne qui n'est pas apte à exprimer sa volonté, par la personne chargée de cette mesure et du plan personnalisé de compensation proposé dans les conditions prévues aux articles L. 114-1-1 et L. 146-8, les décisions relatives à l'ensemble des droits de cette personne, notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation, conformément aux dispositions des articles L. 241-5 à L. 241-11.

Les décisions relatives au plan d'accompagnement global ne sont valables qu'après accord exprès de la personne handicapée, de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne qui n'est pas apte à exprimer sa volonté, de la personne chargée de cette mesure, en tenant compte de l'avis de la personne protégée.

Toute notification de décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionne la possibilité pour les personnes concernées, leurs représentants légaux s'il s'agit de mineurs ou, s'il s'agit de majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation à la personne, les personnes chargées de ces mesures de solliciter un plan d'accompagnement global en application de l'article L. 114-1-1.

Chapitre IX : Institutions communes aux personnes âgées et aux personnes handicapées

Article L. 149-1

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie assure la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département.

Il est compétent en matière de prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social et d'accès aux soins et aux aides humaines ou techniques.

Il est également compétent en matière d'accessibilité, de logement, d'habitat collectif, d'urbanisme, de transport, de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle et d'accès à l'activité physique, aux loisirs, à la vie associative, à la culture et au tourisme.

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie est consulté pour avis sur :

1° Le schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique et les schémas régional et départemental mentionnés au b du 2° et au 4° de l'article L. 312-5 du présent code ;

2° La programmation annuelle ou pluriannuelle des moyens alloués par l'agence régionale de santé, le département et les régimes de base d'assurance vieillesse à la politique départementale de l'autonomie ;

3° Le programme coordonné mentionné à l'article aux articles L. 233-1 et L. 233-1-1 ;

4° Les rapports d'activité de la maison départementale des personnes handicapées prévue à l'article L. 146-3, de la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 et des services du département chargés des personnes âgées, avant leur transmission à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé ;

5° Les conventions signées entre le département et ses partenaires en vue de définir leurs objectifs communs en faveur de la politique départementale de l'autonomie et leur mise en œuvre.

Il est informé du contenu et de l'application du plan départemental de l'habitat mentionné à l'article L. 302-10 du code de la construction et de l'habitation, du programme départemental d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés et des schémas d'équipement et d'accompagnement des personnes handicapées dans le département.

Il donne un avis sur la constitution d'une maison départementale de l'autonomie mentionnée à l'article L. 149-4 du présent code. Il est informé de l'activité et des moyens de cette maison départementale de l'autonomie par le président du conseil départemental.

Il formule des recommandations visant au respect des droits et à la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département, à assurer le soutien et la valorisation de leurs proches aidants ainsi qu'à permettre la bonne prise en compte des questions éthiques.

Il transmet, au plus tard le 30 juin de l'année concernée, au Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge mentionné à l'article L. 142-1, au Conseil national consultatif des personnes handicapées mentionné à l'article L. 146-1 et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie un rapport biennal sur la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département, dont la synthèse fait l'objet d'une présentation dans chacune de ces instances.

Il peut débattre, de sa propre initiative, de toute question concernant la politique de l'autonomie et formuler des propositions sur les orientations de cette politique. Il peut être saisi par toute institution souhaitant le consulter.

Les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie d'une même région peuvent débattre, de leur propre initiative, de toute question relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans la région.

Article L. 149-2

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie est présidé par le président du conseil départemental. Il comporte des représentants :

1° Des personnes âgées, des personnes retraitées issues notamment des organisations syndicales représentatives, des personnes handicapées, de leurs familles et de leurs proches aidants ;

(...)

Livre II : Différentes formes d'aide et d'action sociale

Titre III : Personnes âgées

Chapitre Ier : Aide à domicile et accueil

Article L. 231-4 :

Toute personne âgée qui ne peut être utilement aidée à domicile peut être accueillie, si elle y consent, dans des conditions précisées par décret, soit chez des particuliers, soit dans un établissement de santé ou une maison de retraite publics, soit dans un établissement privé.
(...)

Titre IV : Personnes handicapées

Chapitre Ier bis : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

Article L. 241-5

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées comprend notamment des représentants du département, ou, en Corse, de la collectivité de Corse, des services et des établissements publics de l'État, des organismes de protection sociale, des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves et, pour au moins un tiers de ses membres, des représentants des personnes handicapées et de leurs familles désignés par les associations représentatives, et un membre du conseil départemental consultatif ou du conseil consultatif de la collectivité de Corse des personnes handicapées. Des représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou de services siègent à la commission avec voix consultative.
(...)

Article L. 241-7

La personne adulte handicapée, le cas échéant son représentant légal, les parents ou le représentant légal de l'enfant ou de l'adolescent handicapé sont consultés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ou, le cas échéant, par la section locale ou la section spécialisée. Ils peuvent être assistés par une personne de leur choix ou se faire représenter.
(...)

Chapitre II : Enfance et adolescence handicapées

Article L. 242-4

La prise en charge la plus précoce possible est nécessaire. Elle doit pouvoir se poursuivre tant que l'état de la personne handicapée le justifie et sans limite d'âge ou de durée.

Lorsqu'une personne handicapée placée dans un établissement ou service mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 ne peut être immédiatement admise dans un établissement pour adulte désigné par la commission mentionnée à l'article L. 146-9, ce placement peut être prolongé au-delà de l'âge de vingt ans ou, si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur, au-delà de cet âge dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée, par une décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 siégeant en formation plénière.

Cette décision s'impose à l'organisme ou à la collectivité compétente pour prendre en charge les frais d'hébergement et de soins dans l'établissement pour adulte désigné par la commission mentionnée à l'article L. 146-9.

La contribution de la personne handicapée à ces frais ne peut être fixée à un niveau supérieur à celui qui aurait été atteint si elle avait été effectivement placée dans l'établissement désigné par la commission mentionnée à l'article L. 146-9. De même, les prestations en espèces qui lui sont allouées ne peuvent être réduites que dans la proportion où elles l'auraient été dans ce cas.

Tous les deux ans, le représentant de l'État dans le département adresse au président du conseil départemental et au conseil départemental consultatif des personnes handicapées un rapport sur l'application du présent article. Ce rapport est également transmis, avec les observations et les préconisations du conseil départemental consultatif des personnes handicapées, au conseil national mentionné à l'article L. 146-1.

Toute personne handicapée ou son représentant légal a droit à une information sur les garanties que lui reconnaît le présent article. Cette information lui est délivrée par la commission mentionnée à l'article L. 146-9 au moins six mois avant la limite d'âge mentionnée au deuxième alinéa.
(...)

Livre III : Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services

Titre Ier : Etablissements et services soumis à autorisation

Chapitre Ier : Dispositions générales

Section 2 : Droits des usagers

Articles L. 311-3

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

- 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;
- 2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
- 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. À défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ;
- 4° La confidentialité des informations la concernant ;
- 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
- 6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;
- 7° La participation directe de la personne prise en charge à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. Cette personne bénéficie de l'aide de son représentant légal, s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique à la personne qui n'est pas apte à exprimer sa volonté, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de son avis.

Article L. 311-4

Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne, à son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ainsi qu'à la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne un livret d'accueil auquel sont annexés :

- a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique ; la charte est affichée dans l'établissement ou le service ;
- b) Le règlement de fonctionnement défini à l'article L. 311-7.

Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie. En cas de mesure de protection juridique, les droits de la personne accueillie sont exercés dans les conditions prévues au titre XI du livre 1er du code civil. Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

Lors de la conclusion du contrat de séjour, dans un entretien hors de la présence de toute autre personne, sauf si la personne accueillie choisit de se faire accompagner par la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 du présent code, le directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui recherche, chaque fois que nécessaire avec la participation du médecin coordonnateur de l'établissement, le consentement de la personne à être accueillie, sous réserve de l'application du dernier alinéa de l'article 459-2 du code civil. Il l'informe de ses droits et s'assure de leur compréhension par la personne accueillie. Préalablement à l'entretien, dans des conditions définies par décret, il l'informe de la possibilité de désigner une personne de confiance, définie à l'article L. 311-5-1 du présent code.

(...)

Article L. 311-6

Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. Les catégories d'établissements ou de services qui doivent mettre en œuvre obligatoirement le conseil de la vie sociale sont précisées par décret.

(...)

Article D. 311-3

Le conseil de la vie sociale est mis en place lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail au sens du premier alinéa de l'article L. 344-2. Il n'est pas obligatoire lorsque l'établissement ou service accueille majoritairement des mineurs de moins de onze ans, des personnes relevant majoritairement du dernier alinéa de l'article D. 311-9 ainsi que dans les lieux de vie et d'accueil relevant du III de l'article L. 312-1.

Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué toute autre forme de participation.

(...)

Article D. 311-5

I.- Le conseil de la vie sociale comprend au moins :

- 1° Deux représentants des personnes accompagnées ;
- 2° Un représentant des professionnels employés par l'établissement ou le service élu dans les conditions prévues à l'article D. 311-13 ;
- 3° Un représentant de l'organisme gestionnaire.

II.- Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :

- 1° Un représentant de groupement des personnes accompagnées de la catégorie concernée d'établissements ou de services au sens du I de l'article L. 312-1 ;
- 2° Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ;
- 3° Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ;
- 4° Un représentant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs dans les établissements et services relevant du 14° du I de l'article L. 312-1 ;
- 5° Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ;
- 6° Le médecin coordonnateur de l'établissement ;
- 7° Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante.

Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

Article D. 311-11

Sont éligibles :

- 1° Pour représenter les personnes accompagnées, toute personne âgée de plus de onze ans ;
- 2° pour représenter les familles, tout parent, même allié, d'un bénéficiaire, jusqu'au quatrième degré, toute personne disposant de l'autorité parentale, tout représentant légal, toute personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation.

Dans le cas où la représentation des personnes accompagnées ne peut être assurée, au maximum deux représentants de groupements de personnes accompagnées sont éligibles pour les représenter. La participation des personnes accompagnées est systématiquement recherchée.

Article D. 311-15

I.- Le conseil exerce les attributions suivantes :

- 1° Il donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur les droits et libertés des personnes accompagnées, sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les prestations proposées par l'établissement ou services, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge ;
- 2° Il est associé à l'élaboration ou à la révision du projet d'établissement ou du service mentionné à l'article L. 311-8, en particulier son volet portant sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ;
- 3° Il est entendu lors de la procédure d'évaluation, est informé des résultats et associé aux mesures correctrices à mettre en place ;
- 4° Il est consulté sur le plan d'organisation des transports des personnes adultes handicapées bénéficiant d'un accueil de jour, dans les conditions prévues à l'article R. 314-17, pour les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 et les foyers d'accueil médicalisé mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1.

II.- Dans le cas où il est saisi de demandes d'information ou de réclamations concernant les dysfonctionnements mentionnés à l'article L. 331-8-1, le président oriente les demandeurs vers les personnes qualifiées, le dispositif de médiation ou le délégué territorial du défenseur des droits.

III.- Les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 réalisent chaque année une enquête de satisfaction sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la Haute Autorité de santé. Les résultats de ces enquêtes sont affichés dans l'espace d'accueil de ces établissements et sont examinés tous les ans par le conseil.

Article D. 311-17

Les avis ne sont valablement émis que si le nombre des représentants des personnes accompagnées et des représentants mentionnés aux 1° à 4° II de l'article D. 311-5 présents est supérieur à la moitié des membres

(...)

Article D. 311-21

La participation prévue à l'article L. 311-6 peut également s'exercer selon l'une des modalités suivantes ou selon toute autre modalité déterminée par le responsable de l'établissement ou du service :

1° Par l'institution de groupes d'expression institués au niveau de l'ensemble de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil, ou d'un service ou d'un ensemble de services de ceux-ci ;

2° Par l'organisation de consultations de l'ensemble des personnes accompagnées ainsi que des représentants mentionnés aux 1° à 4° II de l'article D. 311-5, sur toutes questions concernant l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement, du service ou du lieu de vie ou d'accueil ;

3° Par la mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction. Ces enquêtes sont obligatoires pour les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation prévues par la présente sous-section.

1.3 Code de l'éducation

Première partie : Dispositions générales et communes

Livre Ier : Principes généraux de l'éducation

Titre Ier : Le droit à l'éducation

Chapitre Ier : Dispositions générales

Articles L. 111-1

L'éducation est la première priorité nationale. Le service public de l'éducation est conçu et organisé en fonction des élèves et des étudiants. Il contribue à l'égalité des chances et à lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de réussite scolaire et éducative. Il reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à la scolarisation inclusive de tous les enfants, sans aucune distinction. Il veille également à la mixité sociale des publics scolarisés au sein des établissements d'enseignement. Pour garantir la réussite de tous, l'école se construit avec la participation des parents, quelle que soit leur origine sociale. Elle s'enrichit et se conforte par le dialogue et la coopération entre tous les acteurs de la communauté éducative.

Outre la transmission des connaissances, la Nation fixe comme mission première à l'école de faire partager aux élèves les valeurs de la République. Le service public de l'éducation fait acquérir à tous les élèves le respect de l'égalité des êtres humains, de la liberté de conscience et de la laïcité. Par son organisation et ses méthodes, comme par la formation des maîtres qui y enseignent, il favorise la coopération entre les élèves.

Dans l'exercice de leurs fonctions, les personnels mettent en œuvre ces valeurs.

Le droit à l'éducation est garanti à chacun afin de lui permettre de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté.

Pour garantir ce droit dans le respect de l'égalité des chances, des aides sont attribuées aux élèves et aux étudiants selon leurs ressources et leurs mérites. La répartition des moyens du service public de l'éducation tient compte des différences de situation, notamment en matière économique, territoriale et sociale.

Elle a pour but de renforcer l'encadrement des élèves dans les écoles et établissements d'enseignement situés dans des zones d'environnement social défavorisé et des zones d'habitat dispersé, et de permettre de façon générale aux élèves en difficulté, quelle qu'en soit l'origine, en particulier de santé, de bénéficier d'actions de soutien individualisé.

L'école garantit à tous les élèves l'apprentissage et la maîtrise de la langue française.

L'acquisition d'une culture générale et d'une qualification reconnue est assurée à tous les jeunes, quelle que soit leur origine sociale, culturelle ou géographique.

L'autorité de l'État compétente en matière d'éducation veille, en lien avec les établissements scolaires publics et privés sous contrat et en concertation avec les collectivités territoriales, à l'amélioration de la mixité sociale au sein de ces établissements.

Article L. 111-2

Tout enfant a droit à une formation scolaire qui, complétant l'action de sa famille, concourt à son éducation.

La formation scolaire favorise l'épanouissement de l'enfant, lui permet d'acquérir une culture, le prépare à la vie professionnelle et à l'exercice de ses responsabilités d'homme ou de femme et de citoyen ou de citoyenne. Elle prépare à l'éducation et à la formation tout au long de la vie. Elle favorise également l'éducation manuelle. Elle développe les connaissances scientifiques, les compétences et la culture nécessaires à la compréhension des enjeux environnementaux, sanitaires, sociaux et économiques de la transition écologique et du développement durable. Elle développe les connaissances, les compétences et la culture nécessaires à l'exercice de la citoyenneté dans la société contemporaine de l'information et de la communication. Elle favorise l'esprit d'initiative et l'esprit d'équipe, notamment par l'activité physique et sportive. Les familles sont associées à l'accomplissement de ces missions.

Pour favoriser l'égalité des chances, des dispositions appropriées rendent possible l'accès de chacun, en fonction de ses aptitudes et de ses besoins particuliers, aux différents types ou niveaux de la formation scolaire.

L'État garantit le respect de la personnalité de l'enfant et de l'action éducative des familles.

Chapitre II : Dispositions particulières aux enfants et adolescents en situation de handicap ou présentant une maladie chronique ou de longue durée

Article L. 112-1

Pour satisfaire aux obligations qui lui incombent en application des articles L. 111-1 et L. 111-2, le service public de l'éducation assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant. Dans ses domaines de compétence, l'État met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes en situation de handicap.

Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence.

Dans le cadre de son projet personnalisé, si ses besoins nécessitent qu'il reçoive sa formation au sein de dispositifs adaptés, il peut être inscrit dans une autre école ou un autre établissement mentionné à l'article L. 351-1 par l'autorité administrative compétente, sur proposition de son établissement de référence et avec l'accord de ses parents ou de son représentant légal. Cette inscription n'exclut pas son retour à l'établissement de référence.

De même, les enfants et les adolescents accueillis dans l'un des établissements ou services mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans l'un des établissements mentionnés au livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique peuvent être inscrits dans une école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du présent code autre que leur établissement de référence, proche de l'établissement où ils sont accueillis. Les conditions permettant cette inscription et cette fréquentation sont fixées par convention entre les autorités académiques et l'établissement de santé ou médico-social.

Si nécessaire, des modalités aménagées d'enseignement à distance leur sont proposées par un établissement relevant de la tutelle du ministère de l'éducation nationale.

Cette formation est entreprise avant l'âge de la scolarité obligatoire, si la famille en fait la demande. Elle est complétée, en tant que de besoin, par des actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales coordonnées dans le cadre d'un projet personnalisé prévu à l'article L. 112-2.

Lorsqu'une scolarisation en milieu ordinaire a été décidée par la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles mais que les conditions d'accès à l'établissement de référence la rendent impossible, les surcoûts imputables au transport de l'enfant ou de l'adolescent en situation de handicap vers un établissement plus éloigné sont à la charge de la collectivité territoriale compétente pour la mise en accessibilité des locaux. Cette disposition ne fait pas obstacle à l'application de l'article L. 242-11 du même code lorsque l'inaccessibilité de l'établissement de référence n'est pas la cause des frais de transport.

Article L. 112-2

Afin que lui soit assuré un parcours de formation adapté, chaque enfant, adolescent ou adulte en situation de handicap a droit à une évaluation de ses compétences, de ses besoins et des mesures mises en œuvre dans le cadre de ce parcours, selon une périodicité adaptée à sa situation. Cette

évaluation est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles. Les parents ou le représentant légal de l'enfant sont obligatoirement invités à s'exprimer à cette occasion.

En fonction des résultats de l'évaluation, il est proposé à chaque enfant, adolescent ou adulte en situation de handicap, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire. Le projet personnalisé de scolarisation constitue un élément du plan de compensation visé à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles. Il propose des modalités de déroulement de la scolarité coordonnées avec les mesures permettant l'accompagnement de celle-ci figurant dans le plan de compensation.

Les élèves ou étudiants en situation de handicap ayant suivi une formation professionnelle ou technologique se voient délivrer par l'établissement de formation une attestation des compétences acquises au cours de la formation.

Deuxième partie : Les enseignements scolaires

Livre III : L'organisation des enseignements scolaires

Titre V : Les enseignements pour les enfants et adolescents en situation de handicap ou présentant une maladie chronique ou de longue durée

Chapitre Ier : Scolarité

Article L. 351-1

Les enfants et adolescents présentant un handicap ou un trouble de santé invalidant sont scolarisés dans les écoles maternelles et élémentaires et les établissements visés aux articles L. 213-2, L. 214-6, L. 421-19-1, L. 422-1, L. 422-2 et L. 442-1 du présent code et aux articles L. 811-8 et L. 813-1 du code rural et de la pêche maritime, si nécessaire au sein de dispositifs adaptés, lorsque ce mode de scolarisation répond aux besoins des élèves. Les élèves accompagnés dans le cadre de ces dispositifs sont comptabilisés dans les effectifs scolarisés. Les parents sont étroitement associés à la décision d'orientation et peuvent se faire aider par une personne de leur choix. La décision est prise par la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, en accord avec les parents ou le représentant légal. À défaut, les procédures de conciliation et de recours prévues aux articles L. 146-10 et L. 241-9 du même code s'appliquent. Dans tous les cas et lorsque leurs besoins le justifient, les élèves bénéficient des aides et accompagnements complémentaires nécessaires.

L'enseignement est également assuré par des personnels qualifiés relevant du ministère chargé de l'éducation lorsque la situation de l'enfant ou de l'adolescent présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant nécessite un séjour dans un établissement de santé ou un établissement médico-social. Ces personnels sont soit des enseignants publics mis à la disposition de ces établissements dans des conditions prévues par décret, soit des maîtres de l'enseignement privé dans le cadre d'un contrat passé entre l'établissement et l'État dans les conditions prévues par le titre IV du livre IV.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles les enseignants exerçant dans des établissements publics relevant du ministère chargé des personnes en situation de handicap ou titulaires de diplômes délivrés par ce dernier assurent également cet enseignement.

Article L. 351-3

Lorsque la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles constate que la scolarisation d'un enfant dans une classe de l'enseignement public ou d'un établissement mentionné à l'article L. 442-1 du présent code requiert une aide individuelle dont elle détermine la quotité horaire, cette aide peut notamment être apportée par un accompagnant des élèves en situation de handicap recruté conformément aux modalités définies à l'article L. 917-1.

Si cette scolarisation n'implique pas une aide individuelle mais que les besoins de l'élève justifient qu'il bénéficie d'une aide mutualisée, la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles en arrête le principe et en précise les activités principales. Cette aide mutualisée est apportée par un accompagnant des élèves en situation de handicap recruté dans les conditions fixées à l'article L. 917-1 du présent code.

L'aide individuelle mentionnée au premier alinéa du présent article peut, après accord entre l'autorité de l'État compétente en matière d'éducation et la famille de l'élève, lorsque la continuité de l'aide est nécessaire à l'élève en fonction de la nature particulière de son handicap, être assurée par une association ou un groupement d'associations ayant conclu une convention avec l'État.

Des pôles inclusifs d'accompagnement localisés sont créés dans chaque département. Ils ont pour objet la coordination des moyens d'accompagnement humain au sein des écoles et établissements scolaires de l'enseignement public et de l'enseignement privé sous contrat. Ils constituent des pôles ressources à destination de la communauté éducative ; ils associent à cet effet des professionnels de santé et les gestionnaires des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2° et 3° du I

de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Ces dispositifs visent à mieux prendre en compte les besoins éducatifs particuliers de l'élève en situation de handicap en vue du développement de son autonomie.

Les modalités d'application du présent article, notamment la désignation des personnes chargées de l'aide mentionnée aux deux premiers alinéas et la nature de l'aide, sont déterminées par décret.

II. Éléments de jurisprudence

1.1 Jurisprudence du Conseil constitutionnel

CC, 28 mai 2010, n° 2010-3 QPC, *Union des familles en Europe*

Si le troisième alinéa de l'article L. 211-3 du code de l'action sociale et des familles impose la reconnaissance, par les pouvoirs publics, de la représentativité de l'union nationale et des unions départementales des associations familiales, les pouvoirs publics peuvent prendre en compte les intérêts et les positions défendues par les associations familiales. Cette disposition ne porte aucune atteinte à la liberté de ces associations de faire connaître les positions qu'elles défendent comme l'indique le dernier alinéa du même article. Dès lors, le grief tiré de l'atteinte à la liberté d'expression de ces associations n'est pas fondé.

Compte tenu de leurs règles de formation, de fonctionnement et de composition ainsi que des missions qui leur sont imparties par la loi, l'union nationale et les unions départementales des associations familiales ne se trouvent pas dans une situation identique à celle des associations familiales qui peuvent y adhérer. Dès lors, le grief tiré de la méconnaissance du principe d'égalité doit être écarté.

En reconnaissant la représentativité de l'union nationale et des unions départementales, le législateur a entendu assurer auprès des pouvoirs publics une représentation officielle des familles au travers d'une association instituée par la loi regroupant toutes les associations familiales souhaitant y adhérer. Il a, par là même, poursuivi un but d'intérêt général. Dès lors, le grief tiré de la méconnaissance du principe d'égalité doit être écarté.

CC, 31 mai 2021, n° 2021-819 DC, *Loi relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire*

Les dispositions contestées complètent l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 afin de prévoir l'intégration au système national des données de santé des données recueillies dans le cadre des systèmes d'information mis en œuvre aux fins de lutter contre l'épidémie de covid-19. Elles prévoient que ces données sont rassemblées au sein du système national des données de santé prévu à l'article L. 1461-1 du code de la santé publique, lorsqu'elles relèvent de son champ, et précisent qu'elles sont soumises au chapitre Ier du titre VI du livre IV de la première partie du même code. Ce faisant, elles permettent que ces données soient conservées pour une durée maximale de vingt ans après leur transfert et que les personnes mentionnées à l'article L. 1461-3 du code de la santé publique soient autorisées à y accéder. Elles portent donc atteinte au droit au respect de la vie privée.

Toutefois, en premier lieu, en adoptant ces dispositions, le législateur a entendu améliorer les connaissances sur le virus responsable de l'épidémie de covid-19, en particulier sur ses effets à long terme, et renforcer les moyens de lutte contre celle-ci. Il a ainsi poursuivi l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé.

Ensuite, il résulte du paragraphe III de l'article L. 1461-1 du code de la santé publique que ces données peuvent être mises à disposition pour des finalités limitativement énumérées : l'information sur la santé et l'offre de soins, la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé, la connaissance des dépenses de santé, l'information des professionnels et des établissements sur leurs activités, la surveillance, la veille et la sécurité sanitaires, ainsi que la recherche, les études, l'évaluation et l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale.

Enfin, le paragraphe V du même article interdit le traitement de ces données à des fins de promotion de médicaments ou de produits de santé ou à des fins d'exclusion de garanties de contrats d'assurance ou de modification de cotisations ou de primes d'assurance.

En deuxième lieu, en application de l'article L. 1461-4 du code de la santé publique, le système national des données de santé ne contient ni les noms et prénoms des personnes, ni leur numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, ni leur adresse. S'agissant des données transférées en application des dispositions contestées, sauf à méconnaître le droit au respect de la vie privée, cette exclusion doit également s'étendre aux coordonnées de contact téléphonique ou électronique des intéressés.

En troisième lieu, en application de l'article L. 1461-3 du code de la santé publique, l'accès aux données rassemblées au sein du système national des données de santé en application des dispositions contestées est soumis, selon les cas, à une procédure de déclaration ou d'autorisation préalable auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ensuite, en application du 2° du paragraphe IV de l'article L. 1461-1 du même code, les personnes autorisées à accéder à ces données sont soumises au secret professionnel

dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal. En outre, en application du 3° du paragraphe IV de l'article L. 1461-1 du code de la santé publique, l'accès aux données s'effectue dans des conditions assurant la confidentialité et l'intégrité des données et la traçabilité des accès et autres traitements. Enfin, en application de l'article L. 1461-2 du même code, les données qui font l'objet d'une mise à la disposition du public « sont traitées pour prendre la forme de statistiques agrégées ou de données individuelles constituées de telle sorte que l'identification, directe ou indirecte, des personnes concernées y est impossible ».

En dernier lieu, il résulte du paragraphe II de l'article 7 de la loi déferée que les personnes dont les données médicales sont rassemblées et mises à disposition par le système national des données de santé en sont informées « sans délai et par tout moyen ». Ces personnes sont également informées « des conséquences juridiques qui en résultent, s'agissant notamment de la durée de conservation de ces données, des personnes qui y ont accès et des finalités en vue desquelles elles peuvent être traitées » et « du droit d'opposition dont elles disposent en application de l'article 74 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ». Cette information est délivrée individuellement aux personnes dont les données sont collectées à compter de l'entrée en vigueur de la loi déferée.

Il résulte de ce qui précède que, sous la réserve énoncée ci-dessus, le grief tiré de la méconnaissance du droit au respect de la vie privée doit être écarté.

1.2 Jurisprudence du Conseil d'État

Information des patients

CE, Section, 5 janvier 2000, *Consorts Telle*, n° 181899, au Recueil

a) Lorsque l'acte médical envisagé, même accompli conformément aux règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé. Si cette information n'est pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité, ou de refus du patient d'être informé, la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les praticiens de leur obligation.

b) Il appartient à l'hôpital d'établir que l'intéressé a été informé des risques de l'acte médical.

c) La faute commise par les praticiens d'un hôpital au regard de leur devoir d'information du patient n'entraîne pour ce dernier que la perte d'une chance de se soustraire au risque qui s'est réalisé. La réparation du dommage résultant de cette perte doit être fixée à une fraction des différents chefs de préjudice qui tient compte du rapprochement entre, d'une part, les risques inhérents à l'acte médical et, d'autre part, les risques encourus en cas de renoncement à cet acte.

d) Lorsque le patient a droit à une réparation partielle des conséquences dommageables d'un accident en raison de la perte de chance qui a résulté pour lui d'un manquement, par les praticiens, à leur devoir d'information, il convient pour le juge de déterminer le montant total du dommage puis de fixer la fraction de ce dommage mise à la charge de l'hôpital à raison de la perte de chance résultant pour le patient de ce manquement au devoir d'information.

e) Il résulte des dispositions de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale que le recours des caisses de sécurité sociale, qui peut porter sur l'intégralité des prestations versées à la suite de l'accident, s'exerce sur les sommes allouées à la victime en réparation de la perte de chance d'éviter un préjudice corporel, la part d'indemnité de caractère personnel étant seule exclue de ce recours.

CE, 10 octobre 2012, *M. Beaupère et Mme Lemaitre*, n° 350426, au Recueil

Indépendamment de la perte d'une chance de refuser l'intervention, le manquement des médecins à leur obligation d'informer le patient des risques courus lors d'une intervention ouvre pour l'intéressé, lorsque ces risques se réalisent, le droit d'obtenir réparation des troubles qu'il a pu subir du fait qu'il n'a pas pu se préparer à cette éventualité, notamment en prenant certaines dispositions personnelles. L'existence d'un tel préjudice ne se déduit pas de la seule circonstance que le droit du patient d'être informé des risques de l'intervention a été méconnu : il appartient à la victime d'en établir la réalité et l'ampleur.

CE, 27 juin 2016, *Centre hospitalier de Poitiers c/ Lamarche*, n° 386165, au Recueil

La circonstance que l'accouchement par voie basse constitue un événement naturel et non un acte médical ne dispense pas les médecins, en application de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique (CSP) de l'obligation de porter, le cas échéant, à la connaissance de la femme enceinte les risques qu'il est susceptible de présenter eu égard notamment à son état de santé, à celui du fœtus ou à ses antécédents médicaux, et les moyens de les prévenir. En particulier, en présence d'une pathologie de la mère ou de l'enfant à naître ou d'antécédents médicaux entraînant un risque connu en cas d'accouchement par voie basse, l'intéressée doit être informée de ce risque ainsi que de la possibilité de procéder à une césarienne et des risques inhérents à une telle intervention.

CE, 19 octobre 2016, Société hospitalière d'assurances mutuelles c/ Vernet, n° 391538, au Recueil

1) En application de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, qui prévoit un droit d'information sur les "risques fréquents ou graves normalement prévisibles", doivent être portés à la connaissance du patient, préalablement au recueil de son consentement à l'accomplissement d'un acte médical, les risques connus de cet acte qui soit présentent une fréquence statistique significative, quelle que soit leur gravité, soit revêtent le caractère de risques graves, quelle que soit leur fréquence. Il suit de là que la circonstance qu'un risque de décès ou d'invalidité répertorié dans la littérature médicale ne se réalise qu'exceptionnellement ne dispense pas les médecins de le porter à la connaissance du patient.

2) Toutefois, en cas d'accident, le juge qui constate que le patient n'avait pas été informé du risque grave qui s'est réalisé doit notamment tenir compte, le cas échéant, du caractère exceptionnel de ce risque, ainsi que de l'information relative à des risques de gravité comparable qui a pu être dispensée à l'intéressé, pour déterminer la perte de chance qu'il a subie d'éviter l'accident en refusant l'accomplissement de l'acte.

CE, 12 février 2020, Mme Gueddou, n° 425722, aux Tables

1) Il résulte des articles L. 1111-2, L. 1111-4 et R. 4127-236 du code de la santé publique (CSP) que, hors les cas d'urgence ou d'impossibilité de consentir, la réalisation de soins dentaires ou d'un traitement auquel le patient n'a pas consenti constitue une faute disciplinaire. La circonstance qu'un patient détienne des connaissances en la matière ne saurait dispenser le chirurgien-dentiste de satisfaire à son obligation de l'informer, par un entretien individuel, de manière loyale, claire et appropriée sur son état de santé et les soins et traitements qu'il propose.

2) Patiente ayant donné son accord de principe à la pose d'une couronne dentaire, mais n'ayant pas consenti à la pose d'une couronne de type à incrustation vestibulaire, faute d'avoir été informée et consultée sur ce point par le praticien.

Pour juger que l'absence de consultation de la patiente sur le choix entre les types de couronne ne pouvait, dans les circonstances de l'espèce, être regardé comme fautif, la chambre disciplinaire nationale a retenu que le coût pour la sécurité sociale d'un autre type de couronne aurait été identique dès lors que la patiente était bénéficiaire de la couverture maladie universelle et qu'elle est la présidente d'une association ayant pour objet d'aider les personnes défavorisées à s'appareiller en prothèses dentaires.

En se fondant sur de telles circonstances inopérantes, qui ne sont pas de nature à délier le praticien de son devoir d'information et de son obligation de recueillir le consentement de la patiente, la chambre disciplinaire nationale a commis une erreur de droit.

CE, 6 octobre 2022, Centre hospitalier de Vichy, n° 446764, aux Tables

1) L'information qui doit être portée à la connaissance du patient en application de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique (CSP), lorsqu'elle porte sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que comporte une intervention chirurgicale ainsi que sur les autres solutions thérapeutiques possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus, doit en principe être délivrée par le médecin ou l'équipe médicale chargée de cette intervention, dans un délai suffisant pour permettre au patient de donner, de manière éclairée, son consentement à la réalisation de l'acte chirurgical ou d'en refuser la réalisation.

2) Lorsqu'en particulier, un praticien hospitalier réalise, dans le cadre du service public hospitalier, une intervention chirurgicale sur un patient qu'il a suivi jusqu'à cette hospitalisation au titre de son activité libérale, a) l'information sur les risques attachés à cette intervention doit avoir été délivrée en principe par ce praticien hospitalier, dans le cadre de la prise en charge du patient effectuée au titre de son activité libérale.

b) i) Toutefois, en cas d'omission ou d'insuffisance de l'information délivrée par le praticien dans le cadre de son activité libérale, et si cette information n'a pas été délivrée dans le cadre de la prise en charge par le service public hospitalier, le patient peut se prévaloir du manquement qui résulte de ce défaut d'information pour rechercher la responsabilité de l'établissement public de santé, ii) sans préjudice de l'action récursoire que cet établissement peut former contre le praticien hospitalier au titre de la faute commise dans le cadre de son activité libérale.

Consentement à un traitement médical**CE, Assemblée, 14 février 2014, Mme Lambert et autres, n° 375081, au Recueil**

Le droit au respect de la vie et le droit du patient de consentir à un traitement médical et de ne pas subir un traitement qui serait le résultat d'une obstination déraisonnable constituent des libertés fondamentales au sens de l'article L. 521-2 du code de justice administrative.

Il appartient au juge des référés d'exercer ses pouvoirs de manière particulière lorsqu'il est saisi, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative (CJA), d'une décision prise par un médecin sur le fondement du code de la santé publique (CSP) et conduisant à interrompre ou à ne pas entreprendre un traitement au motif que ce dernier traduirait une obstination déraisonnable et que l'exécution de cette décision porterait de manière irréversible une atteinte à la vie.

Il doit alors, le cas échéant en formation collégiale, prendre les mesures de sauvegarde nécessaires pour faire obstacle à son exécution lorsque cette décision pourrait ne pas relever des hypothèses prévues par la loi, en procédant à la conciliation des libertés fondamentales en cause, que sont le droit au respect de la vie et le droit du patient de consentir à un traitement médical et de ne pas subir un traitement qui serait le résultat d'une obstination déraisonnable.

Dans cette hypothèse, le juge des référés ou la formation collégiale à laquelle il a renvoyé l'affaire peut, le cas échéant, après avoir suspendu à titre conservatoire l'exécution de la mesure et avant de statuer sur la requête dont il est saisi, prescrire une expertise médicale et solliciter, en application de l'article R. 625-3 du CJA, l'avis de toute personne dont la compétence ou les connaissances sont de nature à éclairer utilement la juridiction.

Les dispositions des articles L. 1110-5, L. 1111-4 et R. 4127-37 du code de la santé publique ont défini un cadre juridique réaffirmant le droit de toute personne de recevoir les soins les plus appropriés, le droit de voir respectée sa volonté de refuser tout traitement et le droit de ne pas subir un traitement médical qui traduirait une obstination déraisonnable. Ces dispositions ne permettent à un médecin de prendre, à l'égard d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, une décision de limitation ou d'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger que sous la double et stricte condition que la poursuite de ce traitement traduise une obstination déraisonnable et que soient respectées les garanties tenant à la prise en compte des souhaits éventuellement exprimés par le patient, à la consultation d'au moins un autre médecin et de l'équipe soignante et à la consultation de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche. Une telle décision du médecin est susceptible de faire l'objet d'un recours devant une juridiction pour s'assurer que les conditions fixées par la loi ont été remplies.

Prises dans leur ensemble, eu égard à leur objet et aux conditions dans lesquelles elles doivent être mises en œuvre, les dispositions contestées du code de la santé publique ne peuvent être regardées comme incompatibles avec les stipulations de l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, aux termes desquelles " le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement (...) ".

CE, Juge des référés, 26 juillet 2017, M. Marchetti et Mme Vraciu, n° 412618, au Recueil

- 1) Ni les articles L. 1111-4 et L. 1110-5 du code de la santé publique ni aucune autre disposition ne consacrent, au profit du patient, un droit de choisir son traitement.
- 2) Sans préjudice des pratiques mises en place visant à recueillir l'avis des mineurs et hormis les cas où la loi en dispose autrement, le consentement à ce que soit pratiqué sur un mineur un acte médical ou un traitement est donné par les titulaires de l'autorité parentale, en vertu de l'article 371-1 du code civil.
- 3) Litige portant sur le choix d'administrer un traitement plutôt qu'un autre, au vu du bilan qu'il appartient aux médecins d'effectuer en tenant compte, d'une part, des risques encourus, d'autre part, du bénéfice escompté.

Le choix du traitement administré au patient résulte de l'appréciation comparée, par les médecins en charge, des bénéfices escomptés des stratégies thérapeutiques en débat ainsi que des risques, en particulier vitaux, qui y sont attachés. Dans ces conditions et dès lors qu'une prise en charge thérapeutique est assurée par l'hôpital, il n'appartient pas au juge des référés, saisi sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, d'une demande tendant à ce que soit ordonnée une mesure de sauvegarde du droit au respect de la vie garanti par l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, de prescrire à l'équipe médicale que soit administré un autre traitement que celui qu'elle a choisi de pratiquer à l'issue du bilan qu'elle a effectué.

Secret médical

CE, 31 mai 1989, Mme Roujansky, n° 35296, au Recueil

Le décret du 15 mai 1981 institue "des conciliateurs médicaux qui ont pour mission, en dehors de toute instance juridictionnelle, de favoriser l'information des patients ou, le cas échéant, de leurs ayants droit et de faciliter le règlement amiable des différends relatifs à la responsabilité résultant de l'activité professionnelle d'un médecin à l'occasion ou à la suite de prestation de soins". Il dispose que : "Les fonctions de conciliateur médical sont exercées à titre bénévole par des magistrats honoraires désignés par arrêté pour une période d'un an renouvelable et figurant sur une liste établie par le garde des sceaux, ministre de la justice". Les dispositions des articles 3 et 4 du décret du 15 mai 1981 aux termes desquelles : "le conciliateur médical est saisi sans forme. Il peut l'être par toute personne physique ou morale ; le conciliateur médical peut (...) demander la production de tous documents sous réserve de l'assentiment de leur propriétaire ou de leur légitime détenteur", qui ne sont assorties d'aucune garantie particulière et qui permettent aux conciliateurs médicaux, saisis par une personne autre que le malade ou ses ayants droit, de se faire communiquer un dossier médical sans l'accord de ces derniers, sont contraires aux principes qui régissent le secret médical et

le respect de la vie privée et n'auraient pu, de ce fait, être édictées que par la loi. Eu égard à l'indivisibilité existant entre les dispositions des articles 3 et 4 du décret et les autres dispositions du même texte, annulation totale du décret du 15 mai 1981.

Aide sociale

CE, 5 juillet 2017, Mme Bosser, n° 399977, aux Tables

La prise en charge d'une prestation d'aide à domicile par un centre communal d'action sociale, établissement public administratif en vertu des dispositions de l'article L. 123-6 du code de l'action sociale et des familles, a le caractère d'un service public administratif. Les usagers de ce service public ne sauraient être regardés comme placés dans une situation contractuelle vis-à-vis de l'établissement concerné, alors même qu'ils concluent avec celui-ci un "contrat de séjour" ou qu'est élaboré à leur bénéfice un "document individuel de prise en charge", dans les conditions fixées par l'article L. 311-4 du même code.

Organismes consultatifs

CE, 2 mars 2011, Union des familles en Europe, n° 323830, aux Tables

Aux termes de l'article D. 141-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue du décret n° 2008-1112 du 30 octobre 2008 : « Le Haut conseil de la famille : / 1° Anime le débat public sur la politique familiale, en particulier la définition, la conciliation et la hiérarchisation de ses objectifs essentiels ; / 2° Formule des recommandations, des avis et propose des réformes (...) / 3° Mène des réflexions sur le financement de la branche famille de la sécurité sociale et son équilibre financier au regard des évolutions sociales, économiques et démographiques (...) ». L'article D. 141-3 du même code dispose que le Haut conseil de la famille est composé de cinquante-deux membres dont "quatorze représentants du mouvement familial". La circonstance que ce dernier article prévoit la présence au sein du Haut conseil de la famille de « représentants du mouvement familial » n'impliquait pas nécessairement que le Premier ministre désignât les associations les plus représentatives de l'ensemble des familles au sein de cette instance. Ainsi, en ne nommant pas de représentant de l'Union des familles en Europe, tout en désignant un représentant des associations familiales protestantes au sein de ce Haut conseil, le Premier ministre n'a pas commis d'erreur manifeste d'appréciation.

CE, 17 novembre 2017, Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées, n° 400939, aux Tables

(Décision rendue à propos de la consultation du comité national des retraités et des personnes âgées)

Il appartient à l'autorité administrative qui consulte un organisme, à titre obligatoire ou facultatif, de fournir aux membres de celui-ci, dans un délai leur permettant d'en prendre utilement connaissance, les éléments nécessaires à l'examen des questions sur lesquelles elle recueille son avis.

1) Si l'organisme rend son avis sur un projet de texte réglementaire avant la promulgation de la loi pour l'application de laquelle ce texte doit être pris, l'autorité compétente n'est tenue, dans l'hypothèse d'une consultation obligatoire, de le saisir de nouveau que si le texte législatif porté à la connaissance de ses membres a ultérieurement fait l'objet d'une modification susceptible d'avoir une incidence sur l'appréciation à laquelle il s'est livré.

2) Dans l'hypothèse d'une consultation facultative, l'administration n'est pas tenue de saisir de nouveau l'organisme consulté mais apprécie librement l'utilité pour elle d'être éclairée par un nouvel avis compte tenu de la modification du texte législatif. En outre, dans cette hypothèse, elle conserve la possibilité d'apporter à son projet les modifications qui lui paraissent utiles, quelle qu'en soit l'importance, sans être dans l'obligation de saisir à nouveau l'organisme consulté.

Éducation des enfants handicapés

CE, 8 avril 2009, M. et Mme Laruelle, n° 311434, au Recueil

1) Le droit à l'éducation étant garanti à chacun quelles que soient les différences de situation et l'obligation scolaire s'appliquant à tous, les difficultés particulières que rencontrent les enfants handicapés ne sauraient avoir pour effet ni de les priver de ce droit, ni de faire obstacle au respect de cette obligation. Par suite, il incombe à l'État, au titre de sa mission d'organisation générale du service public de l'éducation, de prendre l'ensemble des mesures et de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour que ce droit et cette obligation aient, pour les enfants handicapés, un caractère effectif. 2) La carence de l'État est constitutive d'une faute de nature à engager sa responsabilité, sans que l'administration puisse utilement se prévaloir de l'insuffisance des structures d'accueil existantes ou du fait que des allocations compensatoires sont allouées aux parents d'enfants handicapés, celles-ci n'ayant pas le même objet.

CE, juge des référés, 15 décembre 2020, M. et Mme Peyrilhe, n° 344729, au Recueil

1) La privation pour un enfant, notamment s'il souffre d'un handicap, de toute possibilité de bénéficier d'une scolarisation ou d'une formation scolaire adaptée, selon les modalités que le législateur a définies afin d'assurer le respect de l'exigence constitutionnelle d'égal accès à l'instruction, est susceptible de constituer une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale, au sens de l'article L. 521-2 du code de justice administrative (CJA). Le caractère grave et manifestement illégal d'une telle atteinte s'apprécie en tenant compte, d'une part, de l'âge de l'enfant, d'autre part, des diligences accomplies par l'autorité administrative compétente, au regard des moyens dont elle dispose. 2) En l'espèce, cette condition n'est pas remplie s'agissant d'un enfant handicapé de trois ans qui, à la suite de la démission de l'auxiliaire de vie qui l'assistait et faute qu'un remplacement ait été trouvé, ne bénéficie plus d'une assistance depuis octobre 2010 mais reste malgré cela scolarisé.

CE, Section, 20 novembre 2020, Ministre de l'éducation nationale c/ M. Brahime, n° 422248, au Recueil

1) a) Il résulte des articles L. 111-1, L. 111-2, L. 112-1 et L. 112-2 du code de l'éducation que, d'une part, le droit à l'éducation étant garanti à chacun quelles que soient les différences de situation, et, d'autre part, le caractère obligatoire de l'instruction s'appliquant à tous, les difficultés particulières que rencontrent les enfants en situation de handicap ne sauraient avoir pour effet ni de les priver de ce droit, ni de faire obstacle au respect de cette obligation. Il incombe à cet égard à l'État, au titre de sa mission d'organisation générale du service public de l'éducation, de prendre l'ensemble des mesures et de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour que ce droit et cette obligation aient, pour les enfants en situation de handicap, un caractère effectif.

b) Il résulte des articles L. 351-1, L. 351-3 et L. 917-1 du code de l'éducation, éclairés par leurs travaux préparatoires, notamment ceux de la loi n° 2003-400 du 30 avril 2003 et de la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013, que lorsque la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) constate qu'un enfant en situation de handicap scolarisé en milieu ordinaire doit bénéficier d'une aide humaine, elle lui alloue l'aide individuelle prévue à l'article L. 351-3, à hauteur d'une quotité horaire qu'il lui revient de déterminer et qui, eu égard à son objet, ne peut concerner que le temps dédié à la scolarité. À ce titre, lorsque l'inscription de l'enfant est prévue dans une école maternelle ou une école élémentaire relevant de l'enseignement public, il appartient à l'État de prendre en charge, pour le temps scolaire, l'organisation et le financement de cette aide individuelle, le cas échéant en recrutant un accompagnant des élèves en situation de handicap selon les modalités prévues à l'article L. 917-1 du code de l'éducation.

2) a) Lorsqu'une collectivité territoriale organise un service de restauration scolaire ou des activités complémentaires aux activités d'enseignement et de formation pendant les heures d'ouverture des établissements scolaires ou encore des activités périscolaires sur le fondement des articles L. 216-1 et L. 551-1 du code de l'éducation, il lui incombe, ainsi qu'il résulte, notamment, des articles L. 114-1, L. 114-1-1 et L. 114-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF), de veiller à assurer que, sans préjudice du respect des conditions prévues pour l'ensemble des élèves, les élèves en situation de handicap puissent, avec, le cas échéant, le concours des aides techniques et des aides humaines dont ces élèves bénéficient au titre de leur droit à compensation en application du CASF, y avoir effectivement accès.

b) À cet égard, en vertu de l'article L. 917-1 du code de l'éducation, les accompagnants des élèves en situation de handicap recrutés par l'État sur le fondement d'une décision d'une CDAPH ayant alloué l'aide individuelle prévue à l'article L. 351-3 du code de l'éducation, peuvent intervenir "y compris en dehors du temps scolaire". À ce titre, ils peuvent notamment être mis à la disposition de la collectivité territoriale dans les conditions prévues à l'article L. 916-2 du code de l'éducation, c'est-à-dire sur le fondement d'une convention conclue entre la collectivité intéressée et l'employeur dans les conditions prévues à l'article L. 216-1 du même code, lequel précise qu'il revient à la collectivité territoriale d'assurer la charge financière de cette mise à disposition. Ils peuvent également être directement employés par la collectivité territoriale pour ces heures accomplies "en dehors du temps scolaire". Enfin, ils peuvent être recrutés conjointement par l'État et par la collectivité territoriale ainsi que le prévoient désormais les dispositions de l'article L. 917-1 du code de l'éducation, dans leur rédaction issue de la loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019, non applicable au présent litige.

3) a) Il s'ensuit que lorsque l'État, sur le fondement de la décision d'une CDAPH allouant l'aide prévue à l'article L. 351-3 du code de l'éducation, recrute une personne pour accompagner un enfant en situation de handicap durant le temps scolaire et qu'en outre, cet enfant recourt au service de restauration scolaire ou participe à tout ou partie des activités complémentaires ou périscolaires organisées dans son établissement scolaire, il appartient à l'État de déterminer avec la collectivité territoriale qui organise ce service et ces activités si et, le cas échéant, comment cette même personne peut intervenir auprès de l'enfant durant ce service et ces activités, de façon à assurer, dans l'intérêt de l'enfant, la continuité de l'aide qui lui est apportée.

b) En revanche, il n'incombe pas à l'État d'assurer la prise en charge financière du coût de l'accompagnant chargé d'assister cet enfant lorsque ce dernier intervient en dehors du temps scolaire, notamment lors des temps d'accueil du matin ou du soir et des temps d'activités périscolaires.

CE, 19 juillet 2022, Mme Cherki et M. Chenaf, n° 428311, au Recueil

1) Il résulte du premier alinéa de l'article L. 111-1 et des articles L. 111-2, L. 112-1, L. 112-2, L. 351-1 et L. 351-2 du code de l'éducation, d'une part, que le droit à l'éducation étant garanti à chacun quelles que soient les différences de situation et, d'autre part, que l'obligation scolaire s'appliquant à tous, les difficultés particulières que rencontrent les enfants en situation de handicap ne sauraient avoir pour effet ni de les priver de ce droit, ni de faire obstacle au respect de cette obligation. Ainsi, il incombe à l'État, au titre de sa mission d'organisation générale du service public de l'éducation, et, le cas échéant, de ses responsabilités à l'égard des établissements sociaux et médico-sociaux, de prendre l'ensemble des mesures et de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour que ce droit et cette obligation aient, pour les enfants en situation de handicap, un caractère effectif.

2) a) Il s'ensuit que la carence de l'État à assurer effectivement le droit à l'éducation des enfants soumis à l'obligation scolaire est constitutive d'une faute de nature à engager sa responsabilité.

b) La responsabilité de l'État doit toutefois être appréciée en tenant compte, s'il y a lieu, du comportement des responsables légaux de l'enfant, lequel est susceptible de l'exonérer, en tout ou partie, de sa responsabilité.

3) En outre, lorsque sa responsabilité est engagée à ce titre, l'Etat dispose, le cas échéant, d'une action récursoire contre un établissement social et médico-social auquel serait imputable une faute de nature à engager sa responsabilité à raison du refus d'accueillir un enfant orienté par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Aide et action sociales**CE, 29 juillet 1994, Solana, n° 119346, aux Tables**

En vertu de l'article 1er de la loi du 10 juillet 1989, la personne qui accueille habituellement à son domicile, à titre onéreux, une personne âgée ou handicapée doit être agréée par le président du conseil général ; cet agrément peut être retiré selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Aucune disposition législative ni aucun principe général du droit n'impose au Gouvernement de prévoir, dans la procédure de retrait d'agrément, la consultation de la personne hébergée. Légalité des articles 4 et 5 du décret n° 90-504 du 22 juin 1990.

CE, 15 décembre 2015, M. Allilaire, n° 377138, aux Tables

1) Il résulte des articles L. 262-13, L. 262-23, L. 262-36 et L. 262-37 du code de l'action sociale et des familles (CASF) que le président du conseil général est chargé d'orienter le bénéficiaire du revenu de solidarité active dans le cadre des démarches qui lui incombent en vertu de l'article L. 262-28. Un contrat doit être conclu avec celui-ci afin de déterminer les engagements réciproques du département et du bénéficiaire en matière d'insertion. Il s'ensuit que, si le bénéficiaire du revenu de solidarité active est tenu, lorsqu'il rencontre des difficultés tenant notamment à son état de santé faisant obstacle à son engagement dans une démarche de recherche d'emploi, d'entreprendre des actions nécessaires à une meilleure insertion sociale, la nature des engagements pris à ce titre doit figurer dans ce contrat.

2) a) Le président du conseil général est en droit de suspendre le versement du revenu de solidarité active lorsque le bénéficiaire, sans motif légitime, soit fait obstacle à l'établissement ou au renouvellement de ce contrat par son refus de s'engager à entreprendre les actions nécessaires à une meilleure insertion sociale, soit ne respecte pas le contrat conclu.

b) En revanche, il ne peut légalement justifier une décision de suspension par la circonstance que le bénéficiaire n'aurait pas accompli des démarches d'insertion qui ne correspondraient pas aux engagements souscrits dans un contrat en cours d'exécution.

CE, 15 juin 2018, Département du Haut-Rhin, n° 411630, aux Tables

1) Il résulte des articles L. 262-27 à L. 262-29, L. 262-34 à L. 262-36 et D. 262-65 du code de l'action sociale et des familles (CASF) que toute personne bénéficiant du revenu de solidarité active (RSA) qui est sans emploi ou ne tire de l'exercice d'une activité professionnelle que des revenus inférieurs à 500 euros par mois est, en contrepartie du droit à l'allocation, tenue à des obligations en matière de recherche d'emploi ou d'insertion sociale ou professionnelle. A cette fin, sauf si cette personne est titulaire d'un revenu de remplacement au titre de l'indemnisation des travailleurs involontairement privés d'emploi ou est orientée vers Pôle emploi, elle doit conclure avec le département un contrat librement débattu énumérant leurs engagements réciproques en matière d'insertion, dans le cadre d'un accompagnement social et professionnel adapté à ses besoins. Le président du conseil départemental est en droit de suspendre le versement du RSA lorsque le bénéficiaire, sans motif légitime, soit fait obstacle à l'établissement ou au renouvellement de ce contrat par son refus de s'engager à entreprendre les actions nécessaires à une meilleure insertion, soit ne respecte pas le contrat conclu. En revanche, il ne peut légalement justifier une décision de suspension par la circonstance que le bénéficiaire n'aurait pas accompli des démarches d'insertion qui ne correspondraient pas aux engagements souscrits dans un contrat en cours d'exécution.

2) Les engagements que peut prévoir, en vertu de l'article L. 262-35, le contrat conclu entre le département et le bénéficiaire du RSA portent, lorsque ce dernier est disponible pour occuper un emploi ou créer sa propre activité, sur des actions d'insertion professionnelle, et non d'insertion sociale ou professionnelle comme le prévoit l'article L. 262-36 pour les bénéficiaires rencontrant des difficultés qui font temporairement obstacle à leur engagement dans une démarche de recherche d'emploi. A ce titre, le contrat doit préciser les actes positifs et répétés de recherche d'emploi que le bénéficiaire s'engage à accomplir. Toutefois, les dispositions de l'article L. 262-35 ne font pas obstacle à ce que, dans certains cas, le contrat, élaboré de façon personnalisée, prévoit légalement des actions de bénévolat à la condition qu'elles puissent contribuer à une meilleure insertion professionnelle du bénéficiaire et restent compatibles avec la recherche d'un emploi, ainsi que le prévoit l'article L. 5425-8 du code du travail.

1.3 Jurisprudence de la Cour de cassation

Chambre civile 1^{re}, 9 octobre 2001, n° 00-14.564, Publié au bulletin

« Attendu qu'à partir du mois de juin 1974, M. Y..., médecin, a suivi la grossesse de Mme X... ; que, lors de la visite du 8e mois, le 16 décembre 1974, le praticien a suspecté une présentation par le siège et a prescrit une radiographie fœtale qui a confirmé cette suspicion ; que, le samedi 11 janvier 1975, M. Y... a été appelé au domicile de Mme X... en raison de douleurs, cette dernière entrant à la clinique A... devenue clinique Z... le lendemain dimanche 12 janvier dans l'après-midi, où une sage-femme lui a donné les premiers soins, M. Y... examinant sa patiente vers 19 heures, c'est-à-dire peu avant la rupture de la poche des eaux, la naissance survenant vers 19 heures 30 ; qu'en raison de la présentation par le siège un relèvement des bras de l'enfant, prénommé Franck, s'est produit, et, lors des manœuvres obstétricales, est survenue une dystocie de ses épaules entraînant une paralysie bilatérale du plexus brachial, dont M. Franck X... a conservé des séquelles au niveau du membre supérieur droit, son IPP après consolidation étant de 25 % ; qu'après sa majorité, ce dernier a engagé une action contre le médecin et la clinique en invoquant des griefs tirés des fautes commises lors de sa mise au monde et d'une absence d'information de sa mère quant aux risques inhérents à une présentation par le siège lorsque l'accouchement par voie basse était préféré à une césarienne ; que l'arrêt attaqué l'a débouté ;

Sur le moyen unique, pris en ses première et cinquième branches :

(...)

Et sur les deuxième, troisième et quatrième branches du moyen :

Vu les articles 1165 et 1382 du Code civil ;

Attendu que la cour d'appel a estimé que le grief de défaut d'information sur les risques, en cas de présentation par le siège, d'une césarienne et d'un accouchement par voie basse, ne pouvait être retenu dès lors que le médecin n'était pas en 1974 contractuellement tenu de donner des renseignements complets sur les complications afférentes aux investigations et soins proposés, et ce d'autant moins qu'en l'espèce le risque était exceptionnel ;

« Attendu, cependant, qu'un médecin ne peut être dispensé de son devoir d'information vis-à-vis de son patient, qui trouve son fondement dans l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, par le seul fait qu'un risque grave ne se réalise qu'exceptionnellement ; que la responsabilité consécutive à la transgression de cette obligation peut être recherchée, aussi bien par la mère que par son enfant, alors même qu'à l'époque des faits la jurisprudence admettait qu'un médecin ne commettait pas de faute s'il ne révélait pas à son patient des risques exceptionnels ; qu'en effet, l'interprétation jurisprudentielle d'une même norme à un moment donné ne peut être différente selon l'époque des faits considérés et nul ne peut se prévaloir d'un droit acquis à une jurisprudence figée ; d'où il suit qu'en statuant comme elle l'a fait, la cour d'appel a violé les textes susvisés ; (...) »

Chambre civile 1^{re}, 6 mai 2003, n° 01-03.259, Publié au bulletin

« Attendu que la société Polyclinique Le Languedoc (la Polyclinique) fait grief à l'arrêt attaqué (Montpellier, 9 janvier 2001) d'avoir dit qu'en interdisant à MM. X... et Y... de venir exercer leur spécialité de pédiatrie au sein de son établissement lorsque la femme accouchée en fait la demande, elle a violé les dispositions légales et réglementaires en vigueur, alors, selon le moyen :

1 / que la Polyclinique pouvait, sans faute ni atteinte au libre choix du médecin par le malade, imposer les deux pédiatres attachés à l'établissement pour l'examen des nouveau-nés, de sorte que la cour d'appel a violé les articles 1134 du code civil, L. 1111-1 du code de la santé publique et L.162-2 du code de la Sécurité sociale ;

2 / que la cour d'appel a violé les mêmes textes en décidant que la Polyclinique refusait aux futures mères le droit au libre choix du médecin tout en constatant, sans en tirer les conséquences légales, que l'imprimé d'information qui leur était destiné mentionnait que l'examen du nouveau-né serait effectué par le pédiatre de la Polyclinique ;

3 / qu'en ne recherchant pas, comme elle y était invitée, si l'organisation des soins au sein de l'établissement ne justifiait pas que la clinique s'attache la collaboration exclusive de deux médecins qualifiés en pédiatrie, la

cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles 1134 du code civil, L. 1111-1, L. 6113-1, L. 2322-1 et suivants du code de la santé publique et L.162-2 du code de la Sécurité sociale ;

4 / que la cour d'appel n'a pas répondu aux conclusions de la Polyclinique faisant valoir qu'il lui était légalement interdit, au regard de l'article L. 462 (actuellement L. 4113-9) du code de la santé publique, de laisser exercer dans son établissement des praticiens n'ayant pas conclu avec elle de contrat écrit, de sorte qu'en l'absence de convention signée avec MM. X... et Y..., elle était fondée à leur refuser le libre accès de son établissement ;

Mais attendu que la cour d'appel a exactement retenu que le droit du malade au libre choix de son praticien est un principe fondamental de la législation sanitaire et que, aux termes de l'article 11 du décret du 7 août 1975, le médecin qualifié en pédiatrie, dont doit disposer tout établissement ou section d'accouchement, est chargé de l'examen médical du nouveau-né et de l'établissement du certificat de santé obligatoire "sauf recours de la femme à un autre praticien" ; qu'elle a ainsi, sans avoir à répondre à des conclusions dès lors inopérantes, légalement justifié sa décision ; (...) »

III. Articles et notes

« Handicap et citoyenneté : du droit de vote à l'éligibilité des personnes en situation de handicap », *in RDSS*, 2013.919.

« Le vieillissement actif : enjeux, obstacles, limites. Une perspective internationale », *in Retraite et société*, n° 65, 2013.17.

Favier, « Vulnérabilité et fragilité : réflexions autour du consentement des personnes âgées », *in RDSS*, 2015.702.

Pauliat, « Évolution de la commission des usagers des établissements de santé », *in JCP G*, 2016, n° 688.

Math, « Pauvreté des familles et des enfants : la France dans la comparaison européenne », *in Chron. int. IRES*, n° 162, 2018.14.

Lequillier, « L'impact de l'IA sur la relation de soin », *in JSDAM*, 2020, n° 25, p. 84.

Lantero, « Télémedecine et droits des patients », *in RDSS*, 2020.61.

Bick, « Le sujet, le droit et la médecine », *in RGDM*, 2021, n° 78, p. 61.

Bioy, « Le droit d'accès aux soins en contexte pandémique », *in AJDA*, 2020.1487.

Dossier, « L'accès aux soins des personnes les plus démunies », *in RGDM*, 2021, n° 80.

Dossier, « La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades 20 ans après », *in JDSAM*, 2022, n° 34, p. 4 et suiv.

Dossier, « La loi du 4 mars 2002 : vingt ans après », *in RDSS*, 2022.195.

Moquet-Anger, « L'affirmation des droits individuels de la personne malade », *in JDSAM*, 2022, n° 34, p. 27.

IV. Rapports et études

5.1 Rapports et études d'institutions publiques

Conseil d'État, *La citoyenneté- Être (un) citoyen aujourd'hui*, étude annuelle, 26 septembre 2018.

Défenseure des droits, Claire Hédon, *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*, mai 2021

IGAS, Nicole Bohic, Franck Le Morvan, « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap », mai 2021 (<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-010r-rapport.pdf>)

Conseil d'État, *Conditions de ressources dans les politiques sociales : 15 propositions pour simplifier et harmoniser leur prise en compte*, Étude, 10 novembre 2021.

En 2021, le Conseil d'État a remis au Premier ministre une étude consacrée aux conditions de ressources dans les politiques sociales. L'étude relève que s'il existe en France de nombreux dispositifs d'aides sociales au niveau national et local, leurs règles d'attribution sont aujourd'hui complexes et manquent d'une vision d'ensemble. Pénalisant les plus fragiles qui y ont droit, elles rendent également difficile le travail des administrations chargées d'attribuer près de 120 milliards d'euros de prestations par an. Partant de ce constat, les travaux menés par le Conseil d'État, auxquels les administrations concernées, les associations d'élus comme celles engagées dans le champ de la lutte contre l'exclusion ont été étroitement associées, soulignent la nécessité de simplifier et d'harmoniser la prise en compte des ressources dans le calcul des différentes aides sociales. L'étude formule 15 propositions pour simplifier et harmoniser la prise en compte des ressources dans le calcul des différentes aides sociales (...).

Cour des comptes, *La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad - Un nouveau modèle à construire*, février 2022.

(<https://www.vie-publique.fr/rapport/284118-prise-en-charge-medicale-des-personnes-agees-en-ehpad>)

Assemblée nationale, *Rapport d'information sur la situation dans certains établissements du groupe Orpea*, présenté par Fadila Khattabi, mars 2022.

CCNE, *Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité*, avis n° 139, sept. 2022.

(<https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-09/Avis%20139%20Enjeux%20C3%A9thiques%20relatifs%20aux%20situations%20de%20fin%20de%20vie%20-%20autonomie%20et%20solidarit%C3%A9.pdf>)

5.2 Autres rapports

Anne Caron-Dégli, *Rapport de mission interministérielle sur l'évolution de la protection juridique des personnes*, 2018. (http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_pjm_dacs_rapp.pdf)

Dominique Libault, *Rapport sur la concertation Grand âge et autonomie*, mars 2019.

(<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/remise-du-rapport-libault-sur-la-concertation-grand-age-et-autonomie>)

Rapport de Denis Piveteau et Jacques Wolfrom, *L'habitat inclusif : « demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous ! »*, juin 2020.

(<https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2020/06/rapport-habitat-inclusif.pdf>)

Rapport de Denis Piveteau, *Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change - Choisir un métier du travail social*, février 2022.

(https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2022_03_experts_acteurs_ensemble_rapport_finalannexes.pdf)

Conclusion : la valorisation des métiers du travail social, levier d'une démarche d'innovation sociale.

(p. 53)

Le lien très fort entre « autodétermination des personnes » et « valorisation des métiers » n'a donc, on l'a compris, rien d'une pétition de principe.

C'est une conséquence nécessaire – et une composante majeure – de toute volonté d'agir en profondeur sur la société pour qu'y trouvent une place pleinement citoyenne des personnes qui, sinon, resteraient à ses marges.

Cette action en profondeur de la société sur elle-même, c'est tout simplement de l'innovation sociale. Laquelle doit se décliner sur plusieurs volets, qu'on ne peut ici qu'évoquer :

- Le levier, d'abord, de l'urbanisme et du cadre de vie quotidienne, car l'organisation de lieux de vie, de travail, de transports et de services publics et privés ouverts à tous est la charpente de l'ensemble, sans laquelle rien ne peut tenir.
- Le levier, ensuite, des droits et prestations individuels. Au cœur de ce sujet, bien sûr, la vision à porter sur le déploiement de la cinquième branche de sécurité sociale. Loin d'être strictement liée à la couverture d'un besoin identifié, elle se propose de permettre à chacun, face à la perte ou à la baisse de ses capacités, de rester capable de choisir sa vie.
- Le levier, encore, de l'éducation et de la culture. Et par ces deux entrées, du regard porté (et des discours tenus) sur ce qu'on peut appeler les fragilités ou les vulnérabilités.
- Et enfin, sujet précis de ce rapport, le levier de « ressources humaines », c'est-à-dire l'engagement de femmes et d'hommes qui décident de mettre leur vie professionnelle au service de cette innovation sociale.

C'est un tel élan d'ensemble qu'on doit souhaiter comme cadre à la revalorisation des métiers du travail social et de l'intervention sociale.

En ce sens, la question du « pouvoir d'agir » des personnes accompagnées, qui porte cet élan et le justifie, est beaucoup plus qu'un simple changement de paradigme dans les modalités de l'accompagnement social.

C'est, prise au sérieux, une affirmation fondamentale – politique – d'un certain projet de société, d'une certaine idée du rapport à l'autre.

Magalie Coldefy, *Rapport sur la qualification d'une approche population centrée et partenariale en santé mentale* (réalisé pour le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie – HCAAM, avec la collaboration de Philippe Maugiron), mars 2022

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/rapport-qualification-dune-approche-population-centree-partenariale-sante-mentale>

V. Courte bibliographie

Anne Laude et Didier Tabuteau, *Les droits des malades*, éd. PUF, coll. Que sais-je?, Paris, 2018.

Vanessa Wisnia-Weil, *Les nouveaux pouvoirs d'agir*, éd. du Seuil, coll. La république des idées, Paris, 2020.

V. Castanet, *Les fossoyeurs. Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*, prix Albert Londres 2022, éd. Fayard, Paris, 2022.

V. Castanet, *Les fossoyeurs*, édition augmentée de dix chapitres inédits, prix Albert Londres 2022, prix Babelio non-fiction 2022, prix du livre du journalisme 2022 et prix littéraire des droits de l'homme 2022, éd. J'ai lu, Paris, 2023.

Ce document a été élaboré par la section du rapport et des études, avec la participation de **Cécile Nissen**, maître des requêtes à la section sociale du Conseil d'État, et de **Thalia Breton**, auditrice à la section sociale du Conseil d'État.